

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1898-99. — N° 60

DE

L'APHONIE CÉRÉBRALE

(APHONIE DITE NERVEUSE)

Son traitement par le « PROCÉDÉ DE GAREL »

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 7 Janvier 1899

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

MARCEL RIFAUX

Chef de Clinique laryngologique du Dispensaire général de Lyon.

Né à Tonnerre (Yonne), le 19 Avril 1872



AUXERRE

OCTAVE CHAMBON, IMPRIMEUR-ÉDITEUR

8, RUE DU COLLÈGE, 8

1899

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1898-99. — N° 60

DE

L'APHONIE CÉRÉBRALE

(APHONIE DITE NERVEUSE)

Son traitement par le « PROCÉDÉ DE GAREL »

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 7 Janvier 1899

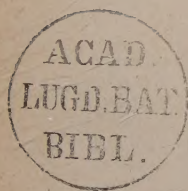
POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

MARCEL RIFAUX

Chef de Clinique laryngologique du Dispensaire général de Lyon

Né à Tonnerre (Yonne), le 19 Avril 1872



AUXERRE

OCTAVE CHAMBON, IMPRIMEUR-ÉDITEUR

8, RUE DU COLLÈGE, 8

—
1899

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET. DOYEN.
LACASSAGNE. ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. PAULET — CHAUVEAU — BERNE.

PROFESSEURS

Cliniques médicales.	{ MM. LÉPINE. BONDET.
Cliniques chirurgicales	{ OLLIER. PONCET.
Clinique obstétricale et Accouchements	FOCHIER.
Clinique ophtalmologique	GAYET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAILLETON.
Clinique des maladies mentales	PIERRET.
Physique médicale	MONOYER.
Chimie médicale et pharmaceutique.	HUGOUNENQ.
Chimie organique et Toxicologie	CAZENEUVE.
Matière médicale et Botanique.	FLORENCE.
Zoologie et Anatomie comparée	LORTET.
Anatomie	TESTUT.
Anatomie générale et Histologie	RENAUT.
Physiologie	MORAT.
Pathologie interne	TESSIER.
Pathologie externe	AUGAGNEUR.
Pathologie et Thérapeutique générales.	MAYET.
Anatomie pathologique	TRIPPIER.
Médecine opératoire	POLLOSSON (M.)
Médecine expérimentale et comparée	ARLOING.
Médecine légale	LACASSAGNE.
Hygiène	BARD.
Thérapeutique.	SOULIER.
Pharmacie	CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes	LAROYENNE.
--	------------

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants	WEILL, agrégé
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS —
Accouchements	POLLOSSON A. —
Botanique	BEAUVISAGE. —

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BEAUVISAGE.	ROLLET.	DURAND.	PAVIOT.
CONDAMIN.	ROUX.	DOYON.	NOVÉ-JOSSERAND.
COURMONT.	COLLET.	BARRAL.	BÉRARD.
DEVIC.	BOYER.	MOREAU.	BORDIER.
POLLOSSON (A.)	VALLAS.	PIC.	SAMBUC.
ROCHET.	SIRAUD.		

M. BEAUDIN, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE :

M. BONDET, *Président* ; — M. LANNOIS, *Assesseur* ;
MM. NOVÉ-JOSSERAND et PAVIOT, *Agrégés*.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MON ONCLE, MONSIEUR L'ABBÉ RIFAUX

Curé de Lézinnes

A MONSIEUR LE DOCTEUR ROUGIER

HOMMAGE DE PROFONDE RECONNAISSANCE

A MONSIEUR & MADAME FÉLIX MARTEAU

A MONSIEUR & MADAME LÉON CHAINE

TÉMOIGNAGE DE RESPECTUEUSE AFFECTION

A MON VAILLANT AMI CHAMBON

Directeur de *La Bourgogne*, d'Auxerre

TÉMOIGNAGE D'INALTÉRABLE AMITIÉ

Nous remercions tout d'abord Monsieur le Professeur Bondet d'avoir accepté la Présidence de notre Thèse : c'est un honneur dont nous sentons tout le prix.

Monsieur le Docteur Garel, Médecin des hôpitaux, dont nous avons suivi les brillants enseignements de laryngologie, en son service de l'Antiquaille, a bien voulu mettre à notre disposition pour notre Thèse, les nombreuses ressources documentaires qu'il possède ; qu'il reçoive ici tous nos remerciements et le témoignage de la sympathie la plus respectueuse que nous éprouvons pour lui.

Au cours de nos deux années d'externat, nous avons contracté de nombreuses dettes de reconnaissance.

Externe de Monsieur le Professeur Gayet nous savons tout ce que nous devons à ses précieux enseignements de chirurgie oculaire.

Monsieur le Professeur agrégé Lannois, Médecin des hôpitaux, nous fit bénéficier pendant six mois de ses savantes leçons d'otologie et nous témoigna toujours une sympathie constante, qu'il reçoive nos meilleurs remerciements.

La plus respectueuse affection nous attache à Monsieur le Professeur agrégé Nové-Josserand, chirurgien des hôpitaux. Pendant le temps où nous fûmes son secrétaire à l'hôpital de la Croix-Rousse, il ne nous marchandait ni ses précieux conseils, ni sa sympathie. Il est de ceux qu'on ne sait ni ne peut oublier.

Monsieur le Docteur Dor, ex-professeur d'ophtalmologie de l'Université de Berne, a bien voulu pendant toute l'année, nous admettre en sa clinique privée, pour nous faire bénéficier de sa connaissance approfondie de l'ophtalmologie, nous lui en sommes profondément reconnaissant. La libéralité si avenante avec laquelle il accueille chez lui tous ceux qui sont désireux de suivre son enseignement privé, témoigne de toute sa hauteur de vue.

Il nous reste enfin la tâche la plus douce, celle de remercier Monsieur le Docteur Rougier, Médecin de la clinique laryngologique du Dispensaire Général de Lyon. En voulant bien nous prendre pour son assistant et en nous confiant en maintes circonstances la direction complète de son service de laryngologie, où plus de 150 malades viennent toutes les semaines se faire traiter, il nous a rendu les plus éminents services. Nous savons tout le prix des conseils pratiques qu'il nous a prodigués pendant deux ans et sommes particulièrement touché de toute l'affection dont il ne cesse de nous honorer depuis que nous le connaissons.

M. R.

AVANT-PROPOS

Propager le procédé si souvent efficace, préconisé par le docteur Garel en 1887 pour le traitement de l'aphonie nerveuse, telle fut l'origine de notre thèse.

Nous fûmes, en outre, singulièrement encouragé à faire une revue générale de cette question, en constatant qu'il n'était point de travail plus récent en la matière que celui de Follenfant remontant à 1879.

De plus, trouvant personnellement un attrait tout particulier dans l'étude et l'observation des états pathologiques étroitement liés aux perturbations d'ordre psychique et moral, il n'était point dans le domaine de la laryngologie d'étude plus passionnante pour nous, que celle concernant ces aphonies éclatant et disparaissant brusquement à la suite d'une émotion vive et révélant plus que toute autre, la mystérieuse influence réciproque de l'âme sur le corps et du corps sur l'âme, influence dont la nature intime sollicite depuis la plus haute antiquité les méditations des philosophes et des médecins.

La solution de cette question quant à son essence, non-seulement ne nous semble pas plus nette, plus satisfaisante à l'heure présente qu'au temps d'Aristote, mais encore, nous paraît à jamais devoir rester mystérieuse, soit que l'on ait foi, comme nous-même, à la vieille doctrine franchement spiritualiste affirmant sans réticence la différence de nature entre l'âme et le corps, soit au

contraire, que l'on tienne pour vérité, la teneur de la doctrine matérialiste.

Mais que nous importe au point de vue médical ces obscurités qui en font précisément tout l'attrait au point de vue philosophique, si, en présence de ce fait aussi banal qu'irrécusable l'influence manifeste du psychique sur le physique, et du physique sur le psychique, on reste convaincu que là se trouve la base d'une thérapeutique féconde.

En effet, qui ne sait que par l'exercice quotidien de la volonté, il est possible d'en accroître la vertu à un point tel qu'elle devient capable d'exercer sa puissance dominante jusque sur les fonctions en apparence les plus étrangères à son domaine. Et s'il est possible d'agir volontairement même sur l'intestin d'une façon presque impérieuse, comme nous le démontrait récemment au lit de ses neurasthéniques le docteur Dubois privat-docent de l'Université de Berne, combien plus puissante encore sera l'action de cette volonté lorsqu'elle exercera son empire sur le centre cortical phonatoire, qui est bien physiologiquement parlant, de par sa corticalité, du domaine volontaire même.

Et c'est là une des raisons pour lesquelles nous avons admis dans notre travail (à l'encontre de beaucoup d'auteurs) une aphonie purement psychique que l'on ne doit point confondre avec toutes les autres aphonies nerveuses, d'origine hystérique, réflexe, toxique.

Pour nous, il n'y a pas une aphonie nerveuse, mais des aphonies nerveuses.

Nous avons tout d'abord l'intention de ne traiter que de l'aphonie psychique pure, mais nous nous sommes rendu compte qu'il serait trop artificiel de distraire, malgré son autonomie, l'aphonie psychique des autres aphonies d'origine corticale justiciables d'influences provocatrices autres que l'élément psychique.

Et alors nous avons fait rentrer dans le cadre de notre

travail, toutes les aphonies relevant soit de point de départ réflexe, soit de maladies infectieuses ou d'intoxications. Nous parcourons ainsi de même l'autre face du problème philosophique posé, c'est-à-dire les rapports du physique sur le psychique.

En effet, tout-à-l'heure, nous avons vu l'élément psychique entravant la fonction phonatoire de par lui-même, maintenant, au contraire, nous sommes en présence d'un état pathologique d'origine soit réflexe, soit infectieux, soit toxique ravissant le centre phonatoire à l'influence de la volonté. Cette fois le problème thérapeutique change également de face, puisque ce n'est plus à l'élément psychique hors de cause qu'il convient de s'adresser, mais au contraire à son organe mis dans l'impossibilité de recevoir l'incitation volontaire.

Poser ainsi la question, c'était singulièrement élargir les limites de notre travail et nous obliger à choisir un titre de cadre suffisamment général, suffisamment extensif pour que notre classification ne s'y trouve point à l'étroit.

Les dénominations si souvent en vigueur d'aphonie psychique, d'aphonie émotionnelle, d'aphonie hystérique, ne pouvaient prétendre maintenant qu'à figurer parmi les subdivisions de notre travail en raison de la compréhension plus restreinte et plus précise que nous leur avons donnée.

Restait il est vrai le terme *d'aphonie nerveuse*, en la faveur duquel on pouvait invoquer et la tradition courante et le caractère suffisamment extensif. Mais l'épithète de « nerveuse » n'est-elle point trop vague et n'évoque-t-elle point dans l'esprit du lecteur la possibilité de lésions ou de perturbations pouvant siéger sur tout le domaine du système nerveux dont est tributaire le larynx !

S'il est vrai, comme nous le pensons avec notre Maître M. le docteur Garel, que la véritable aphonie est toujours d'origine cérébrale, pourquoi ne point serrer davantage

notre définition et tout en la rendant plus précise lui donner en même temps une signification non pas plus extensive, mais du moins plus compréhensive, en tenant compte du point de vue pathogénique. Sous le bénéfice de ces réflexions, nous proposons la dénomination *d'aphonie cérébrale*.

En effet, que les aphonies revendiquent pour point de départ un réflexe, une infection, une intoxication, il faut toujours pour la voir apparaître l'appoint cérébral, les autres facteurs ne jouant pour ainsi dire que le rôle d'agents provocateurs !! Toutes les autres affections du larynx peuvent bien s'accompagner de troubles de la voix très divers, tels la raucité, la dysphonie, la voix eunuchoïde, mais jamais d'aphonie pure, celle-ci étant toujours fonction de perturbation cérébrale. Nous en avons la preuve dans toutes ces aphonies qui ne révèlent au laryngoscope aucune altération organique ou fonctionnelle dans toutes celles encore qui s'accompagnant d'ulcérations ou de phénomènes paralytiques disparaissent subitement par le traitement de Garel ou le traitement électrique. Dans ces derniers cas, la raucité ou la dysphonie succède à l'aphonie, comme témoins de l'ulcération ou de la paralysie.

L'appellation d'aphonie cérébrale nous semble donc parfaitement justifiée.

Mais avant d'entrer dans l'étude même de l'aphonie cérébrale, il nous semble utile de dire d'une façon très précise ce que nous entendons par aphonie. Beaucoup d'auteurs non laryngologistes confondent encore le mutisme avec l'aphonie. C'est là une grossière erreur.

Il faut entendre par aphonie : « *L'impossibilité où se trouve le malade de parler à haute voix, tout en pouvant encore articuler les mots. Dans l'aphonie complète, la voix est absolument comparable à celle d'un homme qui parle volontairement à voix basse. La parole est pour ainsi dire soufflée.* »

ETIOLOGIE

Si l'on parcourt toutes les observations classées par les différents auteurs sous le nom d'*aphonie nerveuse*, on reste frappé au premier abord de la multiplicité et de la complexité des causes généralement invoquées dans l'étiologie de cette affection.

C'est ainsi par exemple que Follenfant (1) les divise en quatre groupes :

« Le premier groupe, dit-il, comprend les causes que nous appellerons directes, parcequ'en effet, elles agissent directement sur les cordes vocales inférieures. Ce sont les laryngites aiguës simples ou diphtéritiques, les efforts vocaux, le froid, la maladie rhumatismale, les névroses du larynx.

« Le deuxième groupe comprend les aphonies que l'on a pu relier à des altérations organiques siégeant en d'autres points de l'économie souvent fort éloignés du larynx; ce sont les causes que l'on est convenu d'appeler réflexes : Maladies de l'utérus, maladies physiologiques de celui-ci par la grossesse, par l'établissement ou le retard des règles, etc.

« Dans le troisième groupe nous avons rangé les états généraux morbides : anémie par grandes hémorrhagies,

(1) Thèse de doctorat, Paris 1878.

chlorose, fièvre typhoïde, syphilis, tuberculose pulmonaire.

« Le quatrième groupe très important comprend les aphonies causées par les états nerveux persistants comme l'hystérie, l'épilepsie, la chorée, ou passagers comme l'éclampsie, les congestions cérébrales de médullaires et les émotions vives. »

Cette classification nous semble justiciable de plusieurs reproches :

1° Les éléments qui composent chacun des quatre groupes sont juxtaposés, d'une manière trop artificielle : c'est ainsi qu'il nous est impossible de laisser dans la même catégorie : « le froid » et « la diphtérie » avec les « congestions cérébrales et modullaires » et « les émotions vives ».

2° L'aphonie purement psychique qui absorbe a elle seule les 9/10 des aphonies nerveuses ne nous semble pas suffisamment mise en relief.

Enfin :

3° Nous ne voyons pas pourquoi les aphonies relevant des intoxications chimiques (cuivre, plomb, etc.) ne rentre-
raient pas dans notre cadre au même titre que les aphonies relevant des intoxications par les toxines (fièvre typhoïde, diphtérie, etc.).

Nous ne nous dissimulons pas qu'il est extrêmement difficile de présenter une classification précise. Les facteurs les plus variés peuvent concourir parfois simultanément à la création de l'aphonie nerveuse et il n'est pas rare d'observer à la fois : l'ébranlement psychique, le froid, l'hystérie, le toxique. Quel est alors parmi eux le facteur essentiel franchement déterminant ?

Parmi tous ces agents qui se présentent de front à l'origine de l'aphonie nerveuse quel est celui qu'il faut incriminer comme agent réellement causal au sens philosophique du mot, et quels sont ceux au contraire qui ne doivent figurer qu'à titre d'agents provocateurs ? Trop d'in-

déterminées, trop d'inconnues sont encore semées sur notre route pour répondre d'une façon précise à cette question. Tout ce que nous pouvons dire, c'est que tantôt un facteur unique suffit à lui seul pour créer l'aphonie, telle la frayeur, la colère ; tantôt au contraire, un ensemble de facteurs devient nécessaire chacun à lui seul étant inefficace.

Quoiqu'il en soit, nous proposons la classification suivante :

Quatre groupes de causes bien distinctes rentrent également pour nous dans le cadre étiologique de l'aphonie nerveuse, mais l'ordre dans lequel nous échelonnons ces différentes causes n'est point un ordre factice, mais s'inspire au contraire de leur importance relative :

I. — *Aphonie psychique pure*

II. — *Aphonie hystérique*

III. — *Aphonie réflexe*

- (A) Organes génitaux urinaires
- (B) Influence traumatique
- (C) Lésions nasales
- (D) Froid
- (E) Tube digestif, etc., etc.

IV. — *Aphonie toxique* par :

- (A) TOXINES : Tuberculose
Syphilis
Typhoïde
Choléra
Diphtérie, etc., etc.
- (B) TOXIQUES : Cuivre
Phosphore
Arsénic
Belladone, etc., etc.

APHONIE PSYCHIQUE PURE

Nous mettons cette aphonie en première ligne parce que dans les 9/10 des cas d'aphonie nerveuse, ce sont les ébranlements d'ordre moral et affectif qu'il faut incriminer. Nous sommes même convaincu que la plupart du temps l'hystérie, les intoxications si souvent invoquées comme causes essentielles resteraient à jamais inefficaces si l'appoint psychique ne venait leur prêter son concours.

« A vrai dire, disait déjà Laffite, dans sa thèse 1872, on ne connaît bien qu'un ordre de causes franchement déterminées auxquelles on peut attribuer l'aphonie nerveuse purement essentielle, ce sont les émotions morales ».

Michelson (1) préfère l'appellation d'aphonie nerveuse à celle d'aphonie hystérique parce que, selon lui, l'affection se manifeste la plupart du temps chez des sujets non hystériques à la suite d'une frayeur.

Et en effet, si nous parcourons les nombreuses observations éparses dans les revues de laryngologie et les travaux spéciaux consacrés à notre sujet, nous surprendrons presque à chaque pas, à l'origine de l'aphonie dite « nerveuse » l'influence de la frayeur, de la colère, et de la joie.

Récemment encore nous avons l'occasion d'examiner à la clinique laryngologique du dispensaire, une jeune-femme atteinte d'aphonie complète, survenue brusquement à la suite d'une frayeur, aphonie remontant à plus de trois mois. et nous relevons en même temps chez elle une vie conjugale extrêmement douloureuse, ayant désagrégé son mental d'une façon profonde, sans qu'il nous fut possible de déceler le moindre stigmate hystérique. Et à ce propos, je suis complètement de l'avis de Michelson, cité plus haut, et suis intimement persuadé

(1) Annale Gougenheim Lermoyez, p. 65-1895.

que l'hystérie est beaucoup plus rare qu'on ne le pense en ce qui concerne les aphonies nerveuses.

Nous tenons de M. le docteur Garel une observation extrêmement suggestive à cet égard :

Une jeune femme, en mangeant du raisin, croyant qu'un pépin s'était arrêté dans son larynx, devint subitement aphone. Elle était depuis déjà longtemps dans cet état lorsqu'elle vint trouver M. le docteur Garel, le priant de vouloir bien lui enlever le corps étranger, auteur de l'aphonie. L'examen laryngoscopique ne révéla absolument rien. Se rendant compte immédiatement de de la nature psychique de cette aphonie, M. le docteur Garel se permit d'affirmer à la malade qu'il voyait le corps du délit et que dans quelques instants il l'en débarrasserait,

Il envoya sur le champ chercher un pépin de raisin, le glissa entre les mors d'une pince qu'il introduisit profondément dans le larynx. Quelques secondes après il montrait triomphalement le pépin à la malade qui recouvra la voix d'une façon subite.

APHONIE HYSTÉRIQUE

Les manifestations laryngées de l'hystérie se présenteraient, d'après le docteur Thaon (1), sous 4 types différents :

- 1° L'aphonie.
- 2° Les spasmes.
- 3° L'anesthésie.
- 4° L'hypéresthésie.

Le contingent d'aphonies nerveuses qu'elle traîne après elle est très important et justifie la place que nous lui avons donnée dans notre classification.

Cependant beaucoup d'auteurs ont une tendance très marquée à exagérer l'influence de l'hystérie et à ranger

(1) Annales Gougenheim-Lermoyez, page 3, 1881)

sous sa bannière la plupart des aphonies nerveuses. Sous prétexte que l'hystérie est bonne à tout faire, on la rend responsable de tout ce qui ne se réclame pas d'une lésion tangible, de tout ce qui sent de près ou de loin l'influence psychique.

En maintes circonstances, que d'aveux d'ignorance ne dissimule-t-elle pas ? Et quelle précieuse auxiliaire n'est-elle point souvent pour qui ne sait où chercher secours. Au point de vue de la question qui nous occupe, on ne saurait trop réagir contre cette tendance systématique, d'autant plus que la recherche la plus méticuleuse des stigmates hystériques restera le plus souvent négative chez les malades atteints d'aphonie.

« Il ne faut pas considérer, dit Grasset, l'hystérie comme un chapitre ouvert et confus où l'on entasse tous les nerveux sur lesquels on ne peut mettre une étiquette plus précise. On ne peut plus souscrire à cette phrase de Sydenham :

« Quand j'ai bien examiné une malade, que je ne trouve en elle rien qui se rapporte aux maladies connues je regarde l'affection dont elle est prise comme une hystérie (1). »

APHONIES REFLEXES

Ici se place un groupe d'aphonies nerveuses extrêmement important et varié, dans lequel il faut faire rentrer toutes les aphonies relevant ou bien :

D'altérations, d'excitations d'organes, souvent très éloignés du larynx,

Où bien :

De l'accomplissement d'une fonction physiologique.

(1) Hystérie mâle et Astasie-Abasie. Grasset, leçons de clinique 1891.

(a) *Organes génitaux urinaires*

L'apparition, le retard, l'écoulement trop abondant des règles sont des causes d'aphonies extrêmement fréquentes.

Le docteur Thibert a communiqué à Blache (1) l'histoire d'une jeune femme qui était prise d'aphonie complète quelques jours avant l'apparition des règles, et voyait sa voix revenir trois ou quatre jours après l'écoulement du sang mensuel.

Follenfant relate également dans sa thèse un fait personnel essentiellement suggestif. Et à cet égard il n'est point de clinicien n'ayant observé dans sa carrière de multiples observations corroborant ces faits.

Blache cite également de nombreux cas d'aphonies survenues pendant la grossesse à des périodes variables et ne guérissant qu'après l'accouchement.

Piorry (2) cite le cas d'une jeune dame chez laquelle l'application d'un pessaire, en faisant cesser un des polapsus de l'utérus, rétablissait instantanément la voix qui avait baissé sensiblement depuis l'apparition de cet accident.

Tanchou parle d'une malade qui, atteinte d'une inflammation uréthro-vésicale, fut prise d'une aphonie complète qui ne cessa qu'avec l'écoulement blennhoragique.

(b) *Influence du traumatisme*

Nous n'avons trouvé, dans toute la littérature médicale, qu'une seule observation de ce genre, résumée dans les annales de Gougenheim-Lermoyez 1896, page 93.

« Sur un cas d'aphonie hystéro-traumatique par le professeur L. Bianchi et Masséi (archives italiennes de laryngologia, Naples, octobre 1895).

(1) Dictionnaire médical en 25 volumes, tome III, page 436.

(2) Dictionnaire des sciences médicales article voix. Considérations sur l'influence réciproque des organes génitaux urinaires sur la voix.

Nous ne ferons qu'une réflexion : Pourquoi cette appellation d'aphonie hystéro-traumatique, puisque la malade, d'après les auteurs, n'avait aucun symptôme hystérique, aucun trouble de la sensibilité, du champ visuel, etc. ??

Le réflexe produit par le traumatisme n'est-il pas suffisant pour créer l'aphonie, d'autant que l'opération ne se fit certainement pas sans frapper quelque peu le psychique du malade.

(c) *Lésions nasales*

Leur rôle a été bien mis en relief depuis quelque temps par nombre d'auteurs.

Brebion (*Mémoire lu à la Société française d'otologie*, 15 octobre 1885) :

« Travail basé sur deux observations, l'une de polype nasal, l'autre d'hypertrophie des cornets moyens et inférieurs des fosses nasales. Avec la disparition de ces affections la voix reprit son timbre normal. »

Obtenzesky (1886) cité. In « *Annale de Gougenheim-Lermoyez*, page 391. 1887 ».

Blondiau, même recueil. tome II, page 326.

Joal (Mont-d'Or). Aphonie d'origine olfactive. (Société française de laryngologie. 7 mai 1876):

« Observation d'un jeune garçon qui fut pris de paralysie des muscles adducteurs du larynx, indépendamment des phénomènes locaux, après avoir été soumis à l'action de l'essence de menthe, pendant le sommeil. L'irritation des appareils terminaux du nerf olfactif aurait provoqué par influence réflexe la turgescence des tissus érectils du nez et l'excitation des filets du trijumeau, d'où un réflexe secondaire qui a abouti à l'akinésie des muscles constricteurs du larynx (1). »

Crouzillac, de Toulouse, dans sa thèse « *les dégénérescences du cornet inférieur* » (2) signale également

(1) Cité in : *Annales Gougenheim-Lermoyez*. 1896.

(2) Toulouse 1897. *Annales Gougenheim-Lermoyez*, p. 534.

la coexistence des névroses reflexes. Un peu plus tard, dans un autre travail, après avoir relaté une nouvelle observation personnelle, il conclut :

1° Qu'avec Hegring, Hack, Brébion et bien d'autres, nous croyons qu'il est bon d'examiner les fosses nasales dans les cas d'aphonies, surtout chez les névrosés, alors qu'on ne rencontre pas de lésions laryngées.

2° Que ces aphonies reflexes peuvent se compliquer d'anémie plus ou moins profonde et guérir avec la cause qui l'a provoquée, comme nous le voyons dans notre observation ; qu'elles peuvent se trouver liées à ce spasme soit pendant l'inspiration, l'expiration, soit pendant les efforts de phonation.

3° Que s'il existe une lésion intra-nasale, le traitement doit s'adresser à celle-ci d'abord.

4° Qu'on ne pourra obtenir de bons résultats que par l'emploi du galvano caustere.

(d) Froid

L'immersion brusque du corps dans l'eau froide doit être également signalée.

D'après Laffite on aurait même vu des personnes perdre tout-à-coup la voix après l'usage de boissons émolientes telles que décoction d'orge et de gruau.

Peyrissac (1) rapporte un cas d'aphonie nerveuse (a frigore) chez un enfant de 13 ans ; sous l'influence de l'examen laryngoscopique, retour de la voix.

L'auteur fait observer que l'aphonie nerveuse est rare surtout chez les garçons, elle est moins rare chez les filles.

(e) Tube digestif

Les reflexes prenant leur point de départ dans le tube digestif jouent également leur rôle dans l'aphonie.

D'après Laffite, l'ingestion de certains aliments tels

(1) Annales de la Polyclinique de Bordeaux. Janvier 1897.

que la laitue, le concombre, le melon, aurait engendré l'aphonie !!

Bennati admettait même un rapport étroit entre les fonctions digestives et le caractère de la voix, entre l'atonie de l'estomac et l'aphonie ? (Thèse de Laffite).

Les vers intestinaux méritent également d'être mentionnés à cet égard.

APHONIES TOXIQUES

Ce n'est pas sans hésitation que nous avons admis les aphonies toxiques à prendre rang dans le cadre des aphonies nerveuses. A vrai dire, cette hésitation nous semble bien peu fondée, car n'est-il pas très légitime d'assimiler l'action des toxines et des toxiques à l'action des émotions vives, du froid, des différents reflexes puisque, sans préjuger de son essence, l'action efficace de tous ces agents sur la cellule nerveuse se traduit objectivement pour nous par la même allure clinique.

Toutes ces maladies infectieuses par leurs toxines et tous les toxiques, quelque soit leur groupement chimique, peuvent déterminer l'aphonie. Nous allons signaler toutes les observations que nous avons pu rencontrer.

(a) *Tuberculose*

La phtisie laryngée, avec ses terribles lésions qui désorganisent si profondément le larynx, constituent à coup sûr l'un des plus gros chapitres de la laryngologie.

Le docteur Mandl, ayant observé bon nombre de ces cas, a incriminé la compression des récurrents par les tubercules (?).

Sans nier la possibilité de compression ganglionnaire, nous nous éloignons du docteur Mandl pour plusieurs raisons :

1° L'apparition et la disparition souvent absolument subite de l'aphonie nous font au moins éliminer cette hypothèse dans le plus grand nombre des cas.

2° L'examen laryngoscopique des sujets tuberculeux atteints d'aphonie, ne révèle le plus souvent aucune trace de paralysie des cordes.

3° Si la paralysie des recourants entraîne avec elle des troubles profonds de la voix, telle la raucité, elle n'est pas efficace à elle seule pour créer la véritable aphonie qui, pour nous, est toujours d'origine cérébrale.

D'autres auteurs voient dans l'aphonie chez les tuberculeux un réflexe par irritation des filets terminaux des pneumo-gastriques.

Qu'elle qu'en soit la cause efficace, il est tout au moins certain que chez les tuberculeux l'aphonie n'est point toujours la traduction clinique d'un facteur univoque.

Voici du reste l'opinion de MM. Krishaber et Peter (1) :

« L'aphonie nerveuse s'observe quelquefois dans le cours de la phtisie pulmonaire ; loin de constituer la phtisie laryngée, puisqu'elle n'offre aucune lésion matérielle, elle n'en dépend pas moins de la tuberculisation du poumon en se rattachant à la cause générale de débilitation de l'organisme. Cette aphonie nerveuse de la phtisie pulmonaire peut guérir dans le cours de la maladie pulmonaire, sans que la marche de la tuberculisation se trouve arrêtée ou seulement influencée par cette guérison. »

(b) *Syphilis*

C'est à Diday que revient l'honneur d'avoir attiré le premier l'attention sur l'aphonie syphilitique.

(Voir partie documentaire. Observations nos XII, XIII, XIV, XV, XVI et XVII).

« L'aphonie syphilitique, dit-il, (2) est une maladie assez commune, extrêmement intéressante et presque ignorée jusqu'à présent.

« En effet, je n'entends point désigner sous ce nom

(1) Dictionnaire Dechambre. Art. Larynx.

(2) Gazette médicale de Lyon, 1860, page 35.

l'enrouement plus ou moins complet qui accompagne les altérations de la phtisie laryngée chez certains sujets parvenus aux derniers degrés d'une syphilis invétérée. La maladie dont je veux m'occuper ici a des caractères, une époque d'apparition et surtout une curabilité spéciale qui nosographiquement et cliniquement la sépare tout à fait de cet état si grave. »

Plus loin il ajoute judicieusement : « A part l'altération de la sonorité, les autres fonctions connexes de l'appareil vocal demeurent intactes. »

Et n'ayant pas le secours du laryugoscope, c'est à l'aide d'un raisonnement clinique qu'il étaye son opinion.

« S'il existait au larynx, ajoute-t-il, soit des plaques muqueuses, soit une lésion matérielle quelconque, elle se traduirait par une douleur, par une gêne, un malaise quelconque. Eh bien, l'aphonie syphilitique, ceci est un des points les mieux établis de son histoire empirique ne s'accompagne d'aucune sorte, d'aucun degré de souffrance ».

Il est impossible d'avoir des vues plus nettes et plus précises sur la question, et trente ans plus tard, nous ne faisons que confirmer l'observation clinique de Diday.

Il n'est pas étonnant à priori que la syphilis ne provoque l'aphonie nerveuse par la perturbation qu'elle apporte dans l'organisme, par l'ébranlement moral et psychique qu'elle crée si souvent à l'occasion de la terreur qu'elle fait naître chez l'individu atteint.

Mais la plupart de ces aphonies ne débudent généralement pas aussi brusquement que les aphonies purement psychiques — leur traitement est ordinairement tout différent ; elles ne retrocèdent que petit à petit, au fur et à mesure de l'élimination du poison syphilitique, élimination provoquée par le traitement spécifique habituel.

C'est ainsi que dans l'observation reproduite par Follenfant (obser. n° XI) l'aphonie ne fut pas subite, ce ne fut que petit à petit que la voix disparut ; de même ce ne

fut qu'après la vingtième injection mercurielle que la voix commença à revenir peu à peu, pour ne reprendre son caractère normal qu'à la soixante-quinzième.

Telle n'est pas l'allure habituelle de l'aphonie essentielle.

D'où la nécessité de chasser la plupart des aphonies syphilitiques du cadre de l'aphonie nerveuse, si l'on ne se détermine pas à apporter dorénavant plus de précision dans le vocabulaire si variable jusqu'ici de l'aphonie et à admettre avec nous qu'il y a non pas une aphonie nerveuse mais des aphonies nerveuses.

(c) *Typhoïde*

C'est une des causes également fréquente de l'aphonie nerveuse.

D'après Libermann (1) :

« Sur cent fièvres typhoïdes, on rencontre d'après mes recherches, la paralysie des cordes vocales quatre à cinq fois environ, elle est entièrement méconnue par les médecins qui ne pratiquent pas l'examen laryngoscopique, et confondue avec les ulcérations du larynx qui produisent parfois également l'aphonie (?).

« Généralement elle frappe les deux cordes vocales à la fois ; mais dans des cas très rares, elle peut être unilatérale. Quelquefois elle débute au commencement de la maladie, d'autre fois à la fin. Sa durée est plus ou moins longue, j'ai vu des paralysies de cette nature persister pendant plusieurs années et amener une aphonie définitive par atrophie des cordes.

« Au miroir laryngé elle se traduit par l'étroitesse et l'écartement des cordes vocales qui ne peuvent se rapprocher de la ligne médiane et qui présentent une courbure à concavité interne : fonctionnellement, par une aphonie plus ou moins marquée. »

Nous-même dans le service de Monsieur le Professeur

(1) Thèse de Follenfant, page 2.

Bondet, nous avons pu chez des typhiques rencontrer au mois d'octobre dernier deux cas d'aphonies nerveuses.

Dans ces cas l'examen laryngoscopique soigneusement pratiqué par nous à plusieurs reprises, outre une violente inflammation de l'épiglotte ne montra qu'un léger épaissement des cordes vocales. Ces dernières jouissaient d'une motilité parfaite dans toute leur étendue et s'affrontaient aussi exactement que possible dans les tentatives d'efforts faites par les malades pour obtenir l'émission d'un son.

Nous reproduisons aussi dans la partie documentaire une observation dûe à Libermann (observ. n° XVIII).

(d) *Choléra*

Je relève ceci dans le Dictionnaire de Médecine en trente volumes 1833 (article de Blache).

« L'aphonie fut un des symptômes les plus constants de cette affreuse épidémie de choléra qui naguère encore sévissait avec tant de violence parmi nous ».

Bien entendu à cette époque, aucun renseignement ne nous est donné sur le larynx.

Il s'agit très probablement la d'aphonie purement émotionnelle, relevant de la terreur inspirée par le choléra.

(e) La *Diphthérie*, la *fièvre pernicieuse*, le *Rhumatisme* etc., ont été relevé à l'origine de l'aphonie nerveuse, c'est donc dire que toutes les maladies infectieuses y ont droit.

Influence des Toxiques

Le *cuivre*, le *phosphore*, l'*arsenic*, le *plomb*, etc., comptent également l'aphonie parmi leurs méfaits.

Du reste l'influence des toxiques est connue depuis longtemps.

Blache (op. citato) rapporte que J. Franck aurait vu un malade devenir aphone par suite de l'emploi de la *belladone*.

Sauvage parle d'un individu qui perdit la voix pour avoir mangé de la soupe dans laquelle on avait mis des feuilles de jusquiame,

Il rapporte aussi que des voleurs dans les environs de Montpellier, ôtaient la voix à ceux qu'ils voulaient dépouiller en leur faisant boire du vin ou avaient infusé des semences de *Stramomium*. Le même fait, ajoute Blache a été observé à Paris tout récemment dans un cas à peu près semblable.

Sauvage cite encore un cas d'aphonie produit par l'opium injecté dans l'oreille pour apaiser une violente douleur.

Dans tous ces cas, est-ce bien le toxique qui agit ou bien au contraire une émotion morale ayant passé inaperçue, nous ne saurions rien affirmer.

Telles sont les quatre grandes classes dans lesquelles nous devons faire rentrer tous les cas d'aphonies nerveuses. Ces quatre classes sont forcément schématiques, car bien souvent les types se succèdent, s'intriquent et leur association peuvent même créer des types nouveaux.

Quoiqu'il en soit l'élément psychique reste l'élément prépondérant et lorsqu'il n'est pas le facteur efficace à lui seul de l'aphonie, il en est toujours l'auxiliaire conscient ou subconscient.

SYMPTOMES DE L'APHONIE CÉRÉBRALE

L'impossibilité où se trouve le malade de parler à haute voix, tout en pouvant encore articuler les mots, tel est le symptôme capital de l'aphonie nerveuse.

Dans l'aphonie complète, la voix est absolument comparable à celle d'un homme qui parle volontairement à voix basse, la parole est pour ainsi dire soufflée, selon l'expression de Follenfant.

La toux sonore est également presque toujours conservée ; le début est extrêmement variable : Tantôt à la suite d'une violente commotion morale, l'aphonie s'installe subitement. Telle M^{me} L... (*voir partie documentaire observation n° IX*), qui prise d'une violente frayeur à la suite d'un incendie dans sa maison, voulut crier au secours, et ne put parvenir à proférer aucun son ; elle resta ainsi pendant plusieurs jours.

Telle cette autre malade du docteur Mandelstam qui, prise d'un coup de froid, devint subitement aphone. (*Voir partie documentaire, observation n° VII.*)

Cette invasion subite est pour ainsi dire la règle et cela surtout dans l'aphonie psychique pure.

Tantôt au contraire, elle ne s'intronise que lentement, précédée d'une période plus ou moins longue d'aphonie

incomplète, la voix devient rauque, comme éraillée, prend un timbre désagréable.

D'autres fois chez les hystériques, le début de chaque attaque d'aphonie sera précédée d'une sensation particulière dans le larynx, douleur, picotement, sensation d'obstacle, ou bien au contraire débutera sans cause connue.

Enfin il est d'autres aphonies, *aphonies à répétition* dont l'allure est réellement singulière ; par exemple :

Aphonie paraissant chaque jour à midi et disparaissant après minuit. (*Rennes, archives générales de médecine, 1829.*)

Aphonie paraissant chaque jour vers deux ou trois heures de l'après-midi. (*Mélange des curieux de la nature, tome VII.*)

Aphonie à la suite d'un léger rhume, apparaissant vers les trois heures de l'après-midi après quelques baillements chez une jeune fille de 19 ans. (*Levison, journal clinique hebdomadaire de Berlin, n° 46, 1870.*)

« Mais ce qui est tout à fait remarquable et ce qui est bien fait, nous dit Luc (*névropathies laryngées*, page 217) pour établir l'origine corticale de cet accident, c'est que l'émission des sons vocaux devenu impossible sous l'influence de la volonté, reparait dans l'accomplissement de certains actes involontaires (cri de frayeur ou de douleur, toux, éternuement). »

Deux des malades de Gerahrdt retrouvaient la voix pour chanter une chanson, mais quand elles essayaient d'en déclamer les paroles, elles ne pouvaient que les chuchoter. « Une troisième aphone à l'état de veille, rêvait à haute voix. »

L'examen laryngoscopique révèle ordinairement une absence complète d'altérations de tissus laryngiens. Les cordes sont presque toujours normales, c'est-à-dire blanches et nacrées.

Fonctionnellement parlant au contraire, trois hypothèses peuvent se présenter :

I. — Ou bien le larynx est absolument normal quant à ses organes fonctionnels, l'examen laryngoscopique ne relevant aucune trace de paralysie, ni de parésie des cordes ; dans trois circonstances différentes, nous avons procédé à l'examen laryngoscopique le plus minutieux de malades atteints d'aphonies nerveuses, rien n'a pu nous faire soupçonner la moindre perturbation dans le domaine des adducteurs ou des abducteurs. Ces trois malades étaient totalement indemnes des stigmates hystériques. L'aphonie dans ce cas relevait tout simplement d'une perturbation psychique qui fut à notre avis la cause essentielle et non pas seulement la cause provocatrice de l'aphonie.

Je le répète, puisque cette idée n'est pas communément admise, l'émotion morale suffit à elle seule pour créer l'aphonie sans l'intermédiaire de l'hystérie.

II. — L'examen laryngoscopique révèle souvent la paralysie de la parésie des cordes. Dans l'immense majorité des cas la paralysie frappe le groupe musculaire adducteur.

C'est même une question extrêmement discutée de savoir si « dans les aphonies nerveuses » les abducteurs peuvent être intéressés.

En tout cas, il n'existe pas jusqu'ici d'observation probante de paralysie des abducteurs dans l'aphonie en question, tandis qu'on ne compte plus les cas de paralysie des abducteurs.

« L'interprétation de ce fait, dit Mandelstamm (1) (*voir partie documentaire, observation n° VII*) n'est du reste pas difficile, car les crico-aryténoïdiens postérieurs, muscles respiratoires, ayant pour fonction des mouvements involontaires ont leur seul centre d'innervation

(1) *Annale de laryngologie*. Gougenheim-Lermoyez, page 154, 1895, tome 2.

dans le bulbe, du moins n'est-on pas encore arrivé à démontrer l'existence d'un centre respiratoire dans les émissaires cérébraux, tandis qu'on connaît (Krausé, Sémon, Horsby, Garel) un centre cortical phonatoire dont l'irritation produit l'adduction des cordes vocales, sans provoquer les mouvements respiratoires.

Ainsi admet-on généralement l'origine cérébrale de l'aphonie hystérique dans laquelle les muscles adducteurs ayant une fonction soumise à la volonté et recevant leur innervation principale de l'écorce cérébrale doivent être intéressés seuls à l'exclusion des abducteurs.»

Quoiqu'il en soit, voici d'après Luc (2), l'état de la question :

« L'examen laryngoscopique révèle souvent une paralysie bilatérale de la totalité des adducteurs. Les deux cordes et les aryténoïdes se montrent largement écartés et ne se rapprochent que peu ou point pendant les efforts de phonation. Il est rare que la paralysie soit complètement unilatérale, mais il est au contraire, assez fréquent qu'elle soit plus marquée sur une moitié de l'organe. Il est fréquent qu'elle soit limitée à certains muscles.

« Deux muscles offrent, sous ce rapport, une vulnérabilité toute spéciale que l'on a cherché à expliquer par leur situation superficielle qui les expose plus que les autres à être impressionnés par les états inflammatoires de la muqueuse : Ce sont l'ary-aryténoïdien et le faisceau interne du thyro-aryténoïdien. Remarquons, d'ailleurs, que ce dernier joue dans la phonation un rôle tout particulièrement actif, qui l'expose spécialement à éprouver les effets de fatigues phonatoires excessives. Or, nous savons que ces diverses circonstances : catarrhe laryngé, excès vocaux, peuvent être la cause déterminante de l'aphonie hystérique.

« Quand la paralysie est limitée aux thyro-aryténoïdiens

(2) Névropathies laryngées mothices, page 218.

internes, l'image laryngoscopique est typique pendant les efforts de la phonation : on voit alors les aryténoïdes se rapprocher, tandis que les cordes vocales paraissent comme amincies, relâchées et sont séparées par un intervalle elliptique allongé, résultant de la concavité de leur bord libre. Si le muscle ary-aryténoïdien seul est touché, les deux cordes peuvent s'adosser, tandis que les cartilages aryténoïdes sont séparés par un intervalle triangulaire.

« Enfin, il est une autre image laryngoscopique assez fréquemment observée chez les hystériques aphones et résultant de la paralysie simultanée des muscles précédents. Il existe alors un intervalle triangulaire entre les aryténoïdes, un intervalle elliptique entre les cordes et ces deux intervalles sont séparés par un détroit correspondant aux apophyses vocales. La conservation de l'excitabilité électrique par les muscles affectés est encore une particularité qui plaide également en faveur de son origine cérébrale. Dans la majorité des cas, l'introduction d'une électrode faradique dans la cavité laryngée, pendant que l'autre est appliquée au devant du cou, détermine le rapprochement énergique des cordes naguère immobilisées en abduction.

« Un autre trait caractéristique de ces paralysies, c'est leur allure capricieuse et fugace.

Survenues brusquement, parfois sans cause déterminante appréciable, elles peuvent disparaître de même ou s'évanouir sous l'influence d'une circonstance analogue (émotion, traumatisme) à celle qui en avait provoqué l'apparition.

« Souvent, malheureusement, cette fugacité est fâcheusement compensée par leur tendance désespérante aux récidives. Gérhardt insiste, d'autre part, sur la facilité avec laquelle la paralysie passe, chez certaines malades, d'un muscle à un autre, en sorte que l'image laryngoscopique se modifie complètement d'un jour à l'autre. Il est

enfin à remarquer que l'aphonie en disparaissant peut faire face à d'autres manifestations hystériques et que la malade n'a guère, en somme, à gagner au change. »

III. — Enfin, on a signalé des aphonies spastiques. On connaît la fréquence des spasmes laryngés chez les hystériques. Classiquement, on les divise en spasme respiratoire et en spasme phonatoire.

Mais la plupart de ces spasmes s'accompagnent, les *premiers*, de sensation de strangulation, d'étouffements, les *seconds*, de production d'un son vocal ; ils ne sont donc point de notre domaine.

Les spasmes laryngés, avec véritable aphonie, ne sont point fréquents ; nous n'en avons trouvé aucune observation détaillée dans la littérature médicale. Le seul exemple dont nous sommes sûr est un cas personnel de la clinique du dispensaire, et encore le malade n'offrait-il aucun symptôme d'hystérie.

En résumé :

1° *Impossibilité pour le malade de parler à haute voix tout en pouvant encore articuler les mots à voix basse ;*

2° *Dans la grande majorité des cas, soudaineté du début et de la disparition de l'aphonie ;*

3° *Très grande fréquence de récidives ;*

4° *Absence complète, le plus souvent, d'altération des tissus laryngiens ;*

5° *Fonctionnellement parlant, trois cas peuvent se présenter :*

(a) *Larynx absolument normal.*

(b) *Paresie ou paralysie des cordes frappant le plus sur le groupe des adducteurs.*

(c) *Dans quelques cas plus rares, mouvements spasmodiques des cordes.*

Tels sont les principaux symptômes de l'aphonie cérébrale.

MARCHE ET PRONOSTIC

La marche de l'aphonie nerveuse est extrêmement variable. Elle relève de l'agent causal.

Les *aphonies purement psychiques* par exemple, apportent souvent dans leur disparition la même brusquerie que dans leur début, cessant tantôt sans cause appréciable, tantôt sous l'influence d'une nouvelle secousse morale.

Rien de précis ne peut être posé quant à leur durée, puisque certaines d'entre elles ne durent à peine que quelques heures, tandis que d'autres, au contraire, présentent pendant un mois et même des années une tenacité désespérante.

Les *aphonies hystériques* sont aussi capricieuses. Leur rapport avec la grande attaque d'hystérie est un fait fréquent. Tantôt l'aphonie précède l'attaque, tantôt, au contraire, l'attaque précède l'aphonie.

Telle cette malade, publiée par MM. Liouville et Debove (1), dont l'aphonie cessait après chaque crise hystérique. (*Voir partie documentaire. n° VI*).

Quant aux *aphonies réflexes*, leur suppression dépend de la suppression de la cause. C'est ainsi que les malades de Brebion et Crouzillac ont recouvré la voix après le traitement de l'affection nasale provocatrice.

Les *aphonies toxiques* sont habituellement de courte durée et retrocèdent avec l'élimination de la toxine ou du toxique.

Diday a remarquablement mis en relief la rapidité de la disparition des aphonies syphilitiques par le traitement spécifique.

Mais, de plus, le point suivant a été particulièrement bien mis en relief par M. le docteur Garel :

« *Toute aphonie complète et à début brusque guérira*

(1) Progrès Médical, 1876.

rapidement, tandis que toute aphonie incomplète sera d'une guérison incomplète et récidivera facilement. »

Le pronostic est benin quant à la fonction laryngée. C'est une manifestation ennuyeuse dont la gravité est bien atténuée, puisque, grâce à la voix chuchotée, les rapports avec le monde extérieur sont encore possibles.

Cependant de sérieuses réserves doivent être faites au sujet de l'état général.

En effet, ou bien ces malades sont prédisposés à toutes les manifestations cliniques de l'hystérie quand ils en sont tarés, ou bien ils sont continuellement en puissance de psychose et de neurasthénie, étant donné la désagrégation profonde de leur état psychique et leur aboulie plus ou moins complète.



DIAGNOSTIC DE L'APHONIE CÉRÉBRALE

Trois questions vont ici solliciter notre attention :

(I) *Comment faire le diagnostic de l'aphonie en tant qu'aphonie ?*

(II) *Comment discerner les aphonies cérébrales de celles qui ne le sont point ?*

(III) *Comment établir le diagnostic causal des différentes aphonies cérébrales ?*

(A) Ayant vu dans le chapitre précédent combien nets sont les symptômes de l'aphonie cérébrale, il sera facile de répondre à la première question, et en effet on ne la confondra pas avec :

(a) Le *mutisme hystérique*, caractérisé par l'impossibilité complète d'émettre un son articulé bas ou fort.

Kock de Luxembourg (*) d'accord avec Salis Cohen, voudrait remplacer la dénomination de « mutisme hystérique » par celle « d'apsithyrie » (*a* privatif, *psitiria* chuchotement) — le mot mutisme fait trop de confusion, dit-il, avec la surdi-mutité qui est toute différente.

Le diagnostic du mutisme se fait à première vue sans anamnèse ni laryngoscope.

(*) Annales. Gougenheim-Lermoyez 1892.

Impossible de le confondre avec l'aphonie, dans laquelle les fonctions des cordes vocales seules sont abolies, tandis que lèvres, joues, voile du palais etc., tous les résonnateurs agissent normalement.

(b) *Aphasie* : l'aphasique aussi bien que le sourd-muet peuvent prononcer des sons innacoutumés et désarticulés. Les malades ne trouvent pas les mots qu'ils pourraient très bien prononcer si leur cerveau les leur dictait.

(c) *Surdi-mutité*. Les malades ne parlent pas, parce qu'ils n'entendent pas. Les grands succès obtenus dans les instituts de sourds-muets prouvent également qu'il ne faut pas la confondre avec l'apsithyrie.

(d) La *Mussitation* : souvent observée chez les vieilles femmes, les idiots ; elle consiste en des mouvements des lèvres et de la langue sans effort volontaire pour faire contracter les cordes. Du reste, lorsqu'elles le veulent, ces personnes parlent normalement.

(e) L'*Asynergie vocale* n'est que l'impossibilité de produire à un certain moment le son ou la note musicale que l'on voudrait donner.

Précède quelquefois l'aphonie, mais accident essentiellement passager.

(B) Mais ne point confondre l'aphonie avec les affections qui ne la simulent que d'une façon grossière, n'est point la difficulté, puisque ce n'est là qu'une question de définition sur les termes de laquelle il suffit de s'entendre une fois pour toute. Evidemment tout l'intérêt de ce chapitre se trouve ailleurs.

Il importe peu, en effet, de savoir que l'on est en présence d'une aphonie, si l'on ne sait discerner la nature même de cette aphonie. Et si nous éliminons toutes celles, peu intéressantes d'ailleurs au point de vue diagnostic, qui relèvent d'un obstacle mécanique quelconque, nous nous trouvons en face d'un des chapitres

extrêmement délicat, d'autant que le plus souvent l'aphonie s'exprime dans le miroir laryngien par une paralysie unilatérale ou bilatérale des cordes, et que rien n'est plus complexe que le chapitre de paralysies laryngées.

Et de plus, puisque nous ne visons dans notre travail que les aphonies cérébrales, sur quels authentiques nous appuierions-nous pour justifier précisément le point de départ cortical de la paralysie concomitante ?

Aussi bien nous est-il impossible de présenter ici le diagnostic approfondi des hypokinésies laryngées ; nous empièterions du reste sur un autre domaine.

L'étiologie, le début, la marche de l'aphonie nous seront tout d'abord il est vrai d'un grand secours, car en présence d'un malade aphone sous le coup d'une vive émotion morale ou tribulaire indiscutable de l'hystérie, le diagnostic ne saurait présenter de sérieuses difficultés.

Mais dans certains cas, le facteur responsable ne se décèle pas avec cette évidence et alors de multiples questions peuvent se poser au sujet de cette paralysie :

Relève-t-elle en effet d'une compression soit par un anévrysme de l'aorte, soit par une masse ganglionnaire hypertrophiée, témoins cachés de la tuberculose, de la syphilis ou d'une maladie infectieuse quelconque ??

Est-elle au contraire la traduction clinique d'une lésion bulbaire ? Ou bien serait-ce dans ce chapitre si embryonnaire encore des névrites périphériques que nous trouverions la solution du problème ?

La réponse paraît bien complexe à première vue, mais cependant plusieurs fils directeurs nous permettent de sortir de ce dédale.

En effet, l'existence d'un centre cortical phonatoire a été démontrée par Masini, Kraus, Semon et Horsley, Garel. Les observations de ce dernier sont de la plus haute importance à cet égard, puisqu'il découvrit *post mortem* dans l'hémisphère droit deux points de ramol-

lissement rouge occupant le pied de la troisième circonvolution frontale.

Il résulte de plus, d'après les expériences de Semon et Horsley que l'excitation de ce centre laryngé cortical détermine un mouvement d'adduction et que dans aucun point de l'écorce cérébrale l'existence d'un centre cortical laryngé abducteur ou respiratoire n'a pu être établie.

La clinique à son tour vient confirmer ces faits d'ordre expérimental puisque, Mandelstamm le fait remarquer, on ne compte plus le nombre des paralysies hystériques des adducteurs, tandis qu'aucune observation bien probante de paralysie hystérique des abducteurs n'existe encore.

« Et — comme le dit Luc (*) — au point de vue de la physiologie pathologique, elles paraissent bien nettement d'origine cérébrale, car des deux fonctions du larynx elles n'intéressent que celle qui est soumise à la volonté, c'est-à-dire la phonation et encore cette fonction se montre-t-elle alors plutôt morcelée que complètement abolie en ce sens que, si elle est supprimée dans ses actes volontaires, elle continue de se produire dans certains actes reflexes d'origine manifestement bulbo-spinale. »

Donc, toutes les fois que nous serons en présence d'une aphonie avec paralysie des abducteurs, il nous sera permis de conclure qu'il ne s'agit pas d'une aphonie corticale, puisque cette dernière est invariablement liée à la paralysie des abducteurs.

En présence d'une paralysie des adducteurs, comment démontrerons-nous maintenant qu'elle est réellement corticale.

C'est ici que la physiologie névro-musculaire vient nous apporter son concours.

(*) Luc. Nevropathies laryngées, p. 210.

En effet :

Par l'intermédiaire d'un cylindre axe névro-moteur chaque élément contractile du larynx est relié à de grosses cellules motrices bulbaires.

Cette grosse cellule est le centre trophique de l'élément contractile et le centre de ses mouvements réflexes.

Cette cellule motrice bulbaire est elle-même reliée par une fibre conductrice à une cellule de l'écorce grise d'où partent les incitations volontaires (zone psycho-motrice).

Donc :

Toute destruction de ce centre psycho-moteur, ou tout ce qui peut suspendre pour un temps la fonction cellulaire ou la réaction volontaire, amène la perte des mouvements volontaires du muscle correspondant, mais laisse intacte à la fois la nutrition du muscle, sa conductibilité réflexe et sa contractilité électrique.

Au contraire, dans le cas de destruction des cellules motrices de l'axe bulbo médullaire ou dans le cas d'interruption des fibres motrices qui relient ces cellules aux muscles, on observe à la fois la perte des mouvements réflexes ou instinctifs, la perte de contractilité électrique et l'aphonie musculaire.

Nous serons donc autorisé à poser le diagnostic d'aphonie cérébrale toutes les fois que nous pourrons constater :

1° Une paralysie des adducteurs ;

2° La conservation de la contractilité électrique des muscles paralysés.

Sûrs d'être ratifiés, à la fois, par la clinique, les recherches expérimentales et la physiologie névro-musculaire.

D'ailleurs, ces considérations sont purement théoriques, car pratiquement parlant il ne saurait y avoir de difficultés pour diagnostiquer une aphonie cérébrale. Le diagnostic est tellement simple que M. Garel, en présence

de toute aphonie complète, néglige la plupart du temps d'examiner le malade et procède immédiatement au traitement. Selon lui, diagnostic s'impose et toutes les aphonies complètes sont fonction de perturbation cérébrale.

(C) Et maintenant comment établir le diagnostic causal des différentes aphonies cérébrales ?

Tous les auteurs distinguent d'abord ici deux grandes classes : les *aphonies avec lésion* et les *aphonies sans lésion*.

(i) Les premières, *aphonies avec lésion*, théoriquement possible, sont du reste infiniment plus rares que les secondes. Il ne s'agit la plupart du temps que d'une coïncidence, car une lésion du centre corticale laryngé n'entraîne à elle seule que la paralysie du groupe adducteur. Or, cette paralysie ne s'accompagne point ordinairement de trouble bien appréciable du côté de la voix, étant donné l'action compensatrice de la corde saine. (Déjerine).

(ii) Quant aux *aphonies dites sans lésion*, il sera toujours possible de les différencier les unes des autres, si l'on ne se garde d'oublier qu'elles ne forment point des types cliniques tellement rigoureux qu'ils ne puissent s'intriquer les uns dans les autres, comme nous l'avons déjà fait remarquer plus haut.

A la faveur de cette réserve nous porterons le diagnostic.

(a) *D'aphonie psychique pure*, lorsqu'en l'absence de tout stigmat hystérique, nous serons en présence d'un début brusque consécutif à une perturbation vive d'ordre moral ou intellectuel. Dans ces cas, le larynx est normal et ne présente même le plus souvent aucun trouble de motilité appréciable.

(b) *D'aphonie hystérique*, si elle s'accompagne de l'attaque d'hystérie prémonitoire ou consécutive. La recherche des stigmates hystériques montrera le plus souvent,

l'anesthésie pharyngée et laryngée, le rétrécissement concentrique du champ visuel, des anesthésies ou hypoesthésies, des zones hystérogènes.

Presque toujours le laryngoscope révélera une paralysie du groupe des adducteurs. On constatera aussi la conservation de l'excitabilité électrique.

Je me refuse à admettre l'origine hystérique de l'aphonie, toutes les fois que la recherche des stigmates étant négative, je trouve à l'origine une vive émotion, car l'émotion joue à mon sens le rôle non point de cause provocatrice mais de cause efficace « in se ».

(c) *D'aphonie toxique*, quand chez un sujet l'aphonie évoluera avec une maladie infectieuse ou sera consécutive à l'absorption d'un toxique.

La recherche de la syphilis sera l'objet de la plus vive attention, selon les conseils de Diday.

Est-il besoin de faire ici le diagnostic différentiel avec les aphonies pouvant relever des névrites du larynx soit toxiques, soit infectieuses. C'est une question très délicate et encore toute pleine d'obscurité. La plupart des névrites s'accompagnent du reste de dysphonie et non d'aphonie.

En cas de diphthérie antérieure, par exemple, la co-existence d'autres paralysies tout à fait caractéristiques dans l'espèce (voile du palais) levront le doute, si l'on a négligé de rechercher la diminution de réaction à l'égard de la faradisation.

Nous ne pouvons terminer ce chapitre sans dire quelques mots de l'aphonie simulée. L'aphonie est en effet un motif d'exemption du service militaire actif ou armé, les fraudes sont donc possibles. On voit toute l'importance sociale de la question.

M. Martel (1), médecin aide-major, s'est occupé à plusieurs reprises de cette question. Voici son opinion en la matière :

(1) Annales Gougenheim-Lermoyez. (Juillet 1880).

« Si nous ne constatons, dit-il, aucune lésion capable d'amener l'aphonie, si nous voyons les cordes vocales fonctionner normalement chez un individu qui se prétend privé de la voix, dirons-nous que l'aphonie est simulée ?

« C'est une question délicate et méritant toute l'attention du médecin qui peut être appelé comme expert à donner son avis en conscience dans un cas d'aphonie suspecte.

« En face d'un simulateur, après avoir procédé à un interrogatoire qui peut mettre sur la voie en nous apprenant les antécédents du soi-disant malade et les circonstances où s'est produit l'aphonie, nous pourrions procéder à l'examen laryngoscopique.

« En faisant respirer le prétendu malade, tout se passe comme chez l'homme sain ou honnête.

« Si nous amenons les cordes vocales au contact en faisant faire un léger effort et disons à notre malade de pousser davantage et d'essayer de crier, nous le verrons augmenter l'effort, serrer davantage les cordes vocales, mais n'allant jamais trop loin de crainte de se trahir par un cri inattendu ; puis tout à coup, quand instinctivement il sent qu'il ne pourrait pousser plus loin sans danger, détendre brusquement ses cordes, les écarter de 2 ou 3 millimètres et laisser échapper la colonne d'air par une simple expiration.

« Il n'y a qu'un simulateur qui écartera ses cordes ainsi quand on lui demandera d'émettre un son.

« De plus, quand le simulateur a la tête renversée en arrière et qu'il expire au lieu d'émettre un son, on voit ses muscles faciaux, sa bouche agités de contractions volontaires, grimaçantes, qui sont comme le témoin de l'effort qu'il fait pour ne pas faire vibrer ses cordes vocales.

« L'expiration du simulateur durera une à deux secondes ; l'expiration d'un véritable aphone pourra durer

jusqu'à dix secondes et témoignera de l'effort que celui-ci fait pour parler.

« On arrivera presque toujours à tirer des sons du larynx d'un simulateur en électrisant les cordes vocales : le prétendu malade est tellement surpris de cette médication nécessaire en pareil cas, que la voix revient presque toujours. »

Le même auteur revient sur la question dans les *Annales de Gougenheim-Lermoyez* (1882), page 320.



PATHOGÉNIE

Nous n'avons nullement la prétention de traiter ici d'une façon approfondie la pathogénie de l'aphonie cérébrale ; nous voulons, seulement dans ce chapitre présenter quelques réflexions.

La pathogénie intime de l'aphonie cérébrale, du reste, est encore bien obscure, car malgré les nombreux travaux de neuropathologistes contemporains le mystère plane encore inaccessible sur plus d'un point de la physiologie nerveuse.

Sans doute par l'étude analytique toujours plus approfondie des manifestations et des conditions de l'activité cérébrale, nous arrivons à nous en faire chaque jour une compréhension plus nette, plus précise, mais cette compréhension quoique dégagée de tant d'inconnues qui l'obscurcissaient n'atteint point à notre avis l'essence même de cette activité. Si sereinement confiant que nous soyons dans la marche toujours conquérante des sciences physiologiques, nous permettra-t-on de dire franchement ici que nous ne pensons pas que la solution passionnante de ce problème qui se confond du reste avec le problème de la vie soit du seul domaine des sciences physiologiques, car non seulement la philosophie est intéressée.

à sa solution, mais encore elle revendique sur cette question des droits que nul ne saurait sérieusement lui contester.

L'évidence de cette question ainsi posée est telle que savants et philosophes, depuis plus de dix ans s'essayent à jeter les bases d'une science nouvelle, la psychophysiologie.

C'est là une tentative qui ne manquera point de porter ses fruits et qui concourra pour sa part à rétablir entre les sciences biologiques et philosophiques l'harmonie nécessaire au progrès de l'esprit humain, à la condition toutefois que sous prétexte de psycho-physiologie on ne se cantonne point dans la physiologie et que l'on sache de plus se dégager de la *superstition du fait* ; si par superstition du fait on entend cette tendance intellectuelle à n'admettre que ce qui se touche se voit, se mesure et se pèse.

Il ne m'appartient pas d'entrer ici plus avant dans le domaine philosophique de cette question, nous avons voulu seulement faire toucher du doigt toutes les difficultés inhérentes à notre chapitre de pathogénie.

En effet, si nous pouvons à la rigueur, en présence d'aphonie avec lésion ou d'aphonie toxique, nous représenter presque objectivement comment le centre cerical phonatoire peut être lésé par une altération organique, perturbé par la toxine ou le toxique et par là, mis dans l'impossibilité de répondre à la sollicitation de la volonté, le voyons-nous aussi clairement lorsqu'il s'agit de l'aphonie hystérique et de l'aphonie psychique ?

Tout ce que nous constatons c'est le lien qui rattache dans tel cas l'aphonie à l'hystérie : Voilà le fait brutal. Mais qu'est-ce que l'hystérie dans son essence ?

Comment expliquer ce début brusque, cette main-mise soudaine, pour ainsi dire de l'hystérie sur le centre chargé d'assurer la fonction phonatoire ?

L'aphonie purement psychique n'est point non plus

susceptible d'approximation pathogénique plus précise.

Tout ce dont nous sommes sûrs, c'est de l'influence indéniable du moral sur le physique, de l'âme sur le corps, mais là s'arrête notre certitude malgré les efforts angoissés de tant de philosophes méditant des siècles sur ce problème.

Nous ne voyons pas d'ailleurs non plus ce que la conception matérialiste de la vie a fourni de plus précis pour la solution de ce problème.

Nous ne saurions en dire davantage.



TRAITEMENT

Les méthodes érigées en traitement de l'aphonie nerveuse sont innombrables et entraînent chacune après elles, quelque'elles soient, un contingent respectable de guérison. C'est dire qu'il n'est point de méthodes spécifiques infaillibles.

Ceci est moins surprenant ici que partout ailleurs, étant donné l'allure si capricieuse de cette affection et l'immixtion presque toujours assurée de l'élément psychique.

Pour qui voudrait procéder scientifiquement au traitement de ces aphonies, devrait procéder avant tout, à la recherche minutieuse des causes qui les déterminent, mais nous verrons plus loin que, cliniquement parlant, on est autorisé d'agir de toute autre façon.

Donc, théoriquement, le traitement s'inspirera, avant tout, des causes déterminantes ou provocatrices.

C'est ainsi par exemple que :

(A) Les *aphonies toxiques infectieuses* disparaîtront au fur et à mesure de l'élimination du toxique, élimination que l'on favorisera par tous les moyens possibles.

Personne n'a mieux mis en relief que Diday, la disparition rapide de l'aphonie chez les syphilitiques par le traitement spécifique de cette affection.

(Voir partie documentaire).

(B) De même en s'attaquant directement au point de départ réflexe, on se rendra directement maître de *l'aphonie dite réflexe*.

Brébion, Crouzillac et nombre d'auteurs ont obtenu rapidement la disparition de l'aphonie en traitant la lésion nasale point de départ du réflexe.

En conséquence, dans toute aphonie l'examen rhinoscopique sera de rigueur — les polypes seront extirpés, les cornets hypertrophiés réduits au galvano-cautère. Les catarrhes rhinopharyngiens d'une tenacité si souvent désespérante seront traités rigoureusement par les grands lavages antiseptiques.

Les laryngites catarrhales chroniques, point de départ réflexe possible, seront badigeonnées alternativement par la glycérine iodée, le nitrate d'argent, les solutions de sulfate de cuivre.

(c) Si l'on soupçonnait par exemple la présence d'une *lésion corticale* au lieu du centre phonatoire, il serait d'un grand secours d'en déterminer la nature. Nous ne pouvons insister davantage sur ce point, sous peine de passer en revue toutes les affections cérébrales. L'iodure de potassium toutefois pourra rendre les plus grands services, dans tous les cas de nature indéterminée.

Cependant on n'oubliera point que tous ces facteurs précités ne sont la plupart du temps que les agents provocateurs de l'aphonie dont la cause fondamentale relève d'une perturbation psychique pure ou hystérique.

Et ici alors nous entrons dans la partie vraiment essentielle de ce chapitre de traitement puisque les aphonies psychiques et hystériques représentent à elles deux les 9/10 des aphonies.

(D) Il serait fastidieux d'énumérer tous les modes de traitement imaginés par les auteurs contre les *aphonies psychiques et hystériques*.

La plupart de ces traitements visent consciemment ou inconsciemment à provoquer chez les malades une

émotion vive à la faveur de laquelle disparaît l'aphonie.

C'est ainsi que la saignée était très en faveur avant l'emploi du laryngoscope. Laffite dans sa thèse l'érige en traitement et cite plusieurs guérisons dues à ce moyen.

(Voir partie documentaire. Observation n° III).

Les révulsifs étaient également employés avec un zèle souvent intempestif, et en maintes circonstances, les vésicatoires sur la nuque, sur le cou, les frictions à l'huile de croton tiglium, les sinapismes, le seton même étaient infligés aux malades.

Tous ces moyens barbares doivent être rejetés, d'autant que nous n'en manquons pas de plus anodins pour frapper l'imagination du malade. Il n'est pas rare, du reste, que le simple examen laryngoscopique fasse revenir la voix. On trouvera dans notre partie documentaire plusieurs observations émanant du cabinet particulier de M. le docteur Garel.

(Voir partie documentaire).

D'autres fois, il faut annoncer au malade que son état réclame une intervention très douloureuse, et le simple attouchement du miroir laryngoscopique redouté alors par le malade fera reparaître la voix.

Certains auteurs procèdent d'une façon plus tragique et font devant le malade, dans l'intention de le frapper, de véritables préparatifs de grandes opérations et portent jusque dans le cavum retropharyngien les curettes pour adénoïdes et vont même jusqu'à employer le chloroforme.

La suggestion par hypnose a été également recommandée par plusieurs auteurs, mais il importe ici d'être extrêmement prudent ; du reste c'est un moyen qui, à notre avis, ne sera légitimé que par l'échec de tous les autres procédés.

Mais de tous les moyens employés avant le procédé de Garel que nous décrirons plus loin, la *faradisation* a

donné les résultats les plus prompts et les plus persistants. On ne compte plus les observations de guérisons obtenues par l'application de courants interrompus.

Les applications de courants seront extra-laryngés ou intra-laryngés, mais les premiers suffisent la plupart du temps. Il ne faut pas craindre de donner de violentes secousses douloureuses, car dans ce traitement l'élément douleur joue le rôle prépondérant.

Souvent dès la première application, le malade pousse des cris et au bout de quelques séances se trouve complètement guéri.

Dans certains cas rebelles, Libermann a employé le premier (Thèse de Follenfant) les courants continus faibles, laissés à demeure pendant plusieurs jours, ils lui ont donné plusieurs succès.

(Voir partie documentaire. Observation n° xvm).

Si l'on ne réussit pas encore, on peut recourir à la *gymnastique laryngée* d'Olivier de Boston (*). Elle consiste en manipulations externes douces et fermes sur le larynx.

Pour faciliter l'action des adducteurs, on comprime en haut et en arrière les ailes du thyroïde entre le pouce et l'index, pendant que le malade cherche à émettre un son. En même temps, avec le médius, on relève le cricoïde pour mettre en action les tenseurs externes. Cette méthode donne souvent des résultats quand l'électrisation est impuissante. Mais il est un *autre procédé préconisé par le docteur Garel* (1887), qui mérite d'être mis en relief d'une façon toute particulière. En suivant la clinique de l'éminent laryngologiste lyonnais, nous fûmes tellement frappé de la simplicité et de l'efficacité de ce procédé, que nous résolûmes de le propager. Ce fut là l'origine de notre thèse.

Voici ce procédé, tel qu'il fut décrit dans la *Province médicale de Lyon* 1887 :

(*) Américain journ. méd. sci. 1870.

« Nous conseillons au malade de faire des expirations forcées à la manière d'un soupir, puis nous l'engageons à rendre, si c'est possible, cette expiration sonore en ton bas. C'est là le point délicat et le plus important à obtenir. Une fois cet obstacle franchi, la guérison est assurée.

« Nous avons trouvé un moyen très simple de le franchir et d'obtenir l'expiration sonore. Il consiste, vers la fin de l'expiration, à exercer avec la main une pression brusque sur l'épigastre, l'autre main faisant contre-appui sur le dos, au point diamétralement opposé.

« Grâce à cette manœuvre fort simple, l'expiration, brusquement forcée, devient sonore. C'est alors le moment d'engager énergiquement le malade à renforcer volontairement le son produit d'une façon involontaire. Le résultat est rapidement acquis. On fait ensuite prononcer successivement la série des voyelles pendant une série d'expirations brusques. La combinaison des voyelles et des consonnes, pour former des syllabes prononcées sur le même type respiratoire, n'est plus qu'un jeu. On peut aussitôt mettre un livre entre les mains du malade. Il est rare qu'on n'obtienne pas de la sorte, en une séance, la guérison complète de l'aphonie. »

(Voir, partie documentaire, les observations justificatives, nos xxiii, xxiv, xxv).

Le très grand avantage de ce procédé, c'est qu'il permet à tout médecin de faire disparaître une aphonie nerveuse comme par enchantement, en l'absence de tout instrument électrique.

Monsieur le docteur Garel s'adresse maintenant toujours à lui avant tout autre procédé, et on lira dans la partie documentaire de notre travail les nombreux résultats obtenus tant dans sa clinique que dans son cabinet. Cependant, très fréquemment, malgré la disparition de l'aphonie, il termine par quelques excitations électriques

pour renforcer la tonalité de la voix qui peut ne pas être très claire dès le début.

Le docteur Bach (1) préconise à peu près la même méthode de traitement, mais oublie de signaler la priorité du docteur Garel qui avait attiré le premier l'attention du public médical sur le même moyen de traitement ; sans doute n'en avait-il pas eu connaissance. On trouvera l'article de Bach résumé en français dans les Annales de Laryngologie de Gougenheim-Lermoyez (1893 page 537).

Deux ans plus tard, le docteur Antonino d'Aguanno, de Palerme (2) revient sur la même question dans un article intitulé :

« *A proposito di una pretesa guarigione miracolosa di mutismo isterico* ».

Après un préambule d'un goût plus ou moins douteux sur les sanctuaires miraculeux qui ont le don d'agacer les nerfs de M. le docteur d'Aguanno qui devrait cependant savoir que ce sont là des questions d'un tout autre ordre, d'une complexité et d'une gravité telles qu'elles planent bien au-dessus des dédains sarcastiques d'une certaine école, l'auteur s'en prend à notre maître, M. Garel, et émet la prétention de lui donner une leçon de galanterie.

Garel, dit d'Aguanno, dans les cas d'aphonie hystérique, applique un coup de poing en pleine poitrine de la malade alors qu'elle ne s'y attend pas. « *Un pugno applicato in pieno petto*. » (sic).

C'est là, continue-t-il, un moyen grossier et peu galant vis-à-vis d'une dame. « *Un po grossalano et polo galante verso signora per bene* », et deux lignes plus loin, il émet des doutes sur la valeur curative de ce procédé qui peut bien, dit-il, provoquer une violente réaction chez la malade, mais qui aurait besoin de confirmation ultérieure.

(1) New-York médical journal, 22 octobre 1872.

(2) Archives de laryngologie de Massei, année 1894, page 152.

Nous tenons tout d'abord à faire remarquer à M. d'Aguanno qu'il a absolument dénaturé le procédé de M. Garel ; nous le renvoyons aux authentiques pour l'édifier sur la question.

Il ne nous déplaît point, en outre, à nous Français, de recevoir de si loin une leçon de galanterie, et nous serons les premiers à reconnaître la haute compétence de M. d'Aguanno en cette matière.

Quant aux résultats de la méthode en question, si douteux qu'ils lui paraissent *a priori*, il pourra les méditer fructueusement en se reportant à notre partie documentaire.

Donc, en présence d'une aphonie, avant même de rechercher l'agent provocateur, et avant tout autre procédé, on recourra à celui de Garel.

Si ce procédé restait inefficace, car à coup sûr il n'est pas infallible, on aurait recours à la fadarisation extralaryngée et au besoin au besoin au massage électrique, en s'aidant, dans les cas rebelles, de compressions latérales du thyroïde.

Telles sont les différentes méthodes employées pour le traitement des aphonies nerveuses. Essentiellement capricieuses dans leur mode d'apparition, elles ne le sont pas moins dans leur mode de disparition, et si les divers traitements que nous avons énumérés nous permettent le plus souvent d'opérer une guérison complète, certains cas néanmoins sont absolument rebelles à toutes tentatives quelles qu'elles soient.

Aussi bien ne faut-il pas oublier que nous sommes en présence de véritables nerveux capables de modalités cliniques extrêmement variées. Nous attacher uniquement à la guérison d'une seule manifestation de cet état nerveux, telle l'aphonie, serait envisager la question d'une manière bien étroite et s'exposer à plus d'une récursive.

En conséquence, un traitement général s'adressant à

la tare fondamentale, devra toujours être institué parallèlement avec le traitement local.

Tous les reconstituants du système nerveux, tous les antispasmodiques, tous les calmants, dont la liste est longue, ne seront point négligés. On se souviendra de plus des bienfaits de l'hydrothérapie.

Mais, est-il besoin de le dire, dans un état pathologique, où l'élément psychique est si prépondérant, la première place ne doit-elle pas être donnée à la psychothérapie.

Il nous est impossible de nous étendre sur ce point qui serait à lui seul l'objet d'un travail important ; mais nous avons encore présents à la mémoire les résultats réellement merveilleux obtenus dans cet ordre d'idées par l'éminent docteur Dubois, privat-docent de l'Université de Berne. Durant les longs entretiens personnels dont il a bien voulu nous honorer au lit même de ses malades, en sa clinique privée de Berne, nous nous sommes rendu compte que la psychothérapie, appliquée avec une connaissance approfondie de tous les ressorts psychiques du malade était réellement le seul traitement rationnel de toutes ces psychoses dont l'aphonie est une des nombreuses manifestations.

Dans l'esprit de ces malades, ordinairement si inquiets, imposer le calme intérieur par une gymnastique mentale toute logique, toute naturelle ; les cuirasser contre l'émotion provocatrice de la psychose, par une suggestion pénétrante, subtile, patiente, ennemie de tout procédé artificiel tel que l'hypnose ; substituer chez eux l'auto-suggestion de la santé à l'auto-suggestion de la maladie, fortifier la volonté dans tous ses domaines, à tel point qu'elle devient impérieuse même contre l'assaut pathologique.

Telle est dans ses grandes lignes la méthode qu'avec une pénétrante sagacité, nous avons vu appliquer par le docteur Dubois.

Elle mérite d'autant plus notre attention qu'elle doit être au premier chef la base de tout traitement de l'aphonie nerveuse et qu'en outre, s'adressant à la volonté de l'individu pour la fortifier, elle concourt pour sa part à une œuvre de haute moralité, justifiant une fois de plus le vieil adage :

Mens sana in corpore sano.



CONCLUSIONS

I. — Nous entendons par *Aphonie* « l'impossibilité où se trouve le malade de parler à haute voix tout en pouvant encore articuler les mots. Dans l'aphonie complète la voix est absolument comparable à celle d'un homme qui parle volontairement à voix basse. »

II. — Toutes les aphonies pures, étant toujours pour nous, fonction de perturbation cérébrale, nous proposons de substituer la dénomination plus précise « *d'Aphonie Cérébrale* » à celle plus vague « *d'aphonie nerveuse*. »

III. — L'élément psychique se retrouve à la base de toutes les aphonies soit infectueuses, soit toxiques, soit reflexes. L'émotion morale est à elle seule suffisante pour créer l'aphonie en dehors de toute tare hystérique.

IV. — Le diagnostic de l'aphonie cérébrale s'impose toujours à première vue ; mais le diagnostic de simulation peut être extrêmement difficile, parce que l'examen laryngoscopique ne révèle souvent aucune

altération des tissus laryngés, aucune trace de paresie ou de paralysie.

V. — Au point de vue du pronostic nous pouvons dire schématiquement avec M. Garel « que toute aphonie complète et à début brusque guérira rapidement, tandis que toute aphonie incomplète sera d'une guérison difficile et récidivera facilement. »

VI. — Les traitements les plus divers peuvent réussir contre l'aphonie. Mais le *Procédé de Garel* s'impose par sa simplicité, sa rapidité et l'importance de ses résultats. On ne devra recourir aux autres procédés que dans les cas d'échec ou d'insuffisance de ce procédé. La psychothérapie sera le traitement général par excellence.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
BONDET.

Vu :

LE DOYEN,
LORTET.

Vu et permis d'imprimer :

LE RECTEUR,
G. COMPAYRÉ.



APPENDICE

PARTIE DOCUMENTAIRE

OBSERVATION N° I

Aphonie psychique

Une femme âgée de 39 ans, fort bien portante, fut horriblement maltraitée ; il lui survint une aphonie qui durait tout le jour, la voix reparaisait seulement le soir vers les sept heures. Durant la nuit, cette femme parlait parfaitement, mais dès que le jour apparaissait, la voix s'éteignait tout à fait.

Les règles étaient peu abondantes. Cette femme devint enceinte, accoucha, nourrit son enfant, et pendant ce temps-là conserva la parole. Dès que le sevrage eut arrêté cette hypersécrétion du lait, l'aphonie reparut avec les mêmes intermitence qu'avant la grossesse.

L'examen laryngologique n'a pas été fait, à cette époque, il ne se faisait guère, mais il est probable qu'il n'aurait rien révélé.

(Etraiete des Archives de Médecine de 1832).

OBSERVATION N° II

Aphonie psychique

M^{lle} X..., âgée de 18 ans, nous est envoyée dans le courant du mois de mars 1877 par un de nos confrères distingués des hôpitaux ; elle présente depuis trois mois, une aphonie due à la chlorose et à des chagrins de fa-

mille. Cette aphonie a résisté à tous les traitements employés pour la combattre : toniques, ferrugineux, etc. A l'examen laryngologique, nous constatons une étroitesse des cordes vocales avec écartement à la partie médiane, chaque corde formant une courbure à concavité interne. Blancheur des cordes, pas d'hypérémie de la muqueuse laryngienne. Pas de symptômes anormaux du côté des poumons, ni à l'auscultation, ni à la percussion. Nous proposons l'hydrothérapie, mais devant la vive répugnance des parents, motivée par le temps froid et humide de la saison, nous n'hésitons pas à employer dès maintenant l'électricité. Tous les jours nous promenons sur la région laryngienne le petit balai de Gaiffe, mis en communication avec le pôle négatif, tandis que le pôle positif est maintenu sur le trajet d'un des pneumogastristes ; les séances sont de cinq minutes ; dès la deuxième séance, la malade pousse quelques cris au contact du petit balai, dans les séances suivantes, elle prononce quelques paroles distinctes, mais dès que les séances sont terminées, elle devient complètement aphone : après la septième séance, elle prononce quelques paroles dans le courant de la journée ; enfin, à la neuvième, la voix revient complètement pour ne plus se perdre. Depuis cette époque la guérison s'est complètement maintenue.

(Thèse de Follenfant, page 53).

OBSERVATION N° III

Aphonie psychique

Marie Louise Giraud, maîtresse sage-femme à l'Hôtel-Dieu d'Angers, âgée de 44 ans, en 1818, avait été réglée à quinze ans et demie. Jusqu'à 48 ans, l'écoulement avait été régulier, lorsqu'elle éprouva une forte perte qu'elle attribua à des chagrins violents qu'elle eut alors. A ce moment, se déclara une aphonie complète qui dura plusieurs jours, s'arrêta, reparut, tantôt plusieurs fois par

mois, tantôt à un mois, deux mois, cinq mois de distance, sans la moindre régularité, on le voit. La durée de cette aphonie variait comme les retours de son apparition, et se prolongeait chaque fois cinq ou six jours. Il n'y avait pas de troubles généraux précurseurs de l'aphonie, elle s'annonçait seulement par une irritation légère de la gorge, qui augmentait graduellement d'intensité jusqu'à ce que l'extinction de voix commençât. Elle diminuait alors, et disparaissait quant l'aphonie était complète. Marie Girard avait des règles abondantes, mais leur cessation définitive, arrivée avec l'âge voulu, n'apporta pas de notables changements.

Dès les premiers temps, on chercha à combattre cet accident par les antispasmodiques, sous toutes les formes, les révulsifs, les purgatifs, tout fut essayé sans succès; l'aphonie persistait au même degré et se dissipait d'elle-même, au bout d'un temps plus ou moins long. Enfin, on eut recours à la saignée, et chaque saignée ramenait la parole; toutefois ce n'était pas la vue du sang qui était efficace, mais la saignée elle-même. Chaque fois qu'il s'était écoulé une demi-once de sang, la voix commençait à reparaître, et peu après la suspension de l'écoulement de sang, l'aphonie n'existait plus. Ce succès inattendu fit employer chaque fois le même moyen, et constamment on obtint le même résultat.

(Thèse de Lafitte, page 38).

OBSERVATION N° IV

Aphonie psychique. Type intermittent

Il y a 17 ans, c'est-à-dire en 1812 (car Rennes publie cette observation en 1829) M^{me} M... éprouva sans cause connue, une extinction de voix subite à midi précis, sans fièvre, sans douleur locale.

Elle cessa dans la nuit pour se reproduire le jour suivant à la même heure. Après trois semaines l'extinction de voix disparut brusquement la nuit, comme elle avait

commencé. Elle se montra à deux ou trois reprises dans le cours de la même année et dura de quinze à vingt jours. De même, dans les deux ou trois années qui suivirent. L'extinction de voix reparaisait tous les trois ou quatre mois, durait chaque fois un peu plus de temps et se terminait toujours de la même manière. Ce n'est qu'en 1819 que l'aphonie intermittente se régularise ainsi que je vais l'indiquer :

Tous les ans, dans le mois de février, tantôt au commencement, tantôt à la fin, le retour de la maladie est annoncé par des frissons vagues, des baillements, des pandiculations. A midi très précis, sans que M^{me} M... ressente aucune douleur à la gorge, sans que le poulx éprouve aucune altération, le timbre de la voix change brusquement, la phrase commencée ne peut être achevée que très bas, et si la malade veut continuer la conversation, elle ne réussit à se faire entendre qu'autant qu'elle s'efforce de grossir sa voix. Pour peu qu'elle prolonge ses efforts, elle se fatigue, elle souffle et l'aphonie devient presque complète. Elle ne sent aucune gêne au larynx, l'obstacle semble venir de la région épigastrique, vers laquelle la malade éprouve pendant l'accès un sentiment de constriction ou de malaise plus ou moins prononcé. Ce n'est que plus tard, et par la prolongation du mal que l'état de M^{me} M... devient pénible.

Dans les circonstances ordinaires, ni la chaleur, ni l'accélération du poulx, ni la céphalagie, ni la soif, ni l'anorexie, ne semblent indiquer un état fébrile, et souvent, si midi sonne pendant le repas, M^{me} M... n'est avertie du changement qui vient de s'opérer en elle que lorsqu'elle commence à parler. L'extinction de voix se continue au même degré pendant toute la soirée, la malade se sent plus faible, l'anxiété épigastrique se prolonge, augmente quelquefois, mais ne s'élève que rarement jusqu'à la douleur. La nuit vient, M^{me} M... se couche, et quand le lendemain elle se réveille, quand ce serait

même sitôt après minuit, l'aphonie a disparu, mais sitôt que midi sonne, elle reparait.

(Thèse de Laffite, page 364)

OBSERVATION N° V

Aphonie chez une hystérique

Pauline Feusse, âgée de 72 ans, est entrée à l'hôpital de la Charité, le 13 juin 1872, salle Sainte-Bazile ; elle est complètement aphone, le moindre son articulé ne peut s'échapper de son larynx, elle a cependant l'air de mettre toutes les forces en activité en voulant se faire entendre. Sa constitution est chétive, elle est maigre et pâle.

Elle nous raconte qu'à l'âge de 21 ans, comme elle donnait à boire à sa mère gravement malade, celle-ci mourut dans ses bras. L'émotion qu'elle en ressentit fut si violente, qu'immédiatement elle tomba à la renverse en proie à des convulsions nerveuses.

Elle ne se rappelle pas combien de temps dura cet état, étant seule avec sa mère qui venait de lui échapper, mais ce qu'elle affirme, c'est qu'au moment où elle se releva, elle ne pouvait plus dire un seul mot, et ses règles, qui étaient en plein cours, cessèrent immédiatement de couler.

Elle ne les avait vues pour la première fois qu'à l'âge de 19 ans, mais quoique tardives, elles s'étaient montrées toujours régulières en quantité et en qualité jusqu'à l'âge de 21 ans.

Elle resta ainsi sans règles et sans voix pendant quatre mois. Alors elle consulta un médecin qui lui pratiqua une petite saignée : sa voix, comme par un effet magique dont elle ne pouvait revenir, reparut aussitôt à peu près comme elle était auparavant et elle put la garder ainsi pendant dix-huit mois. Quant aux règles, elle ne les revoyait plus ; seulement, aux époques où elle devait les avoir, un petit écoulement blanc, quelquefois rose, et très faible d'ailleurs, se montrait.

Son tempérament devenait alors véritablement hystérique et son caractère irritable.

La moindre contrariété lui donnait des spasmes nerveux, les variations atmosphériques suffisaient même, car elle avoue qu'avec les temps orageux et sans cause occasionnelle, elle avait de fortes attaques. Sa voix se troubla de nouveau : elle ne pouvait parler qu'avec peine et sentait, comme elle le dit toujours sa gorge embarrassée jusqu'à l'âge de 48 ans, qui fut pour elle celui de la ménopause. Alors se suspendit définitivement cet écoulement blanc rosé dont j'ai parlé, et avec lui se suspendit sa voix qui disparut complètement. Depuis ce temps, en effet, elle a une aphonie des plus absolues ; quand elle veut parler, c'est plutôt aux mouvements silencieux de ses lèvres qu'au faible murmure qui s'échappe de son larynx qu'on devine qu'elle veut parler et ce qu'elle veut dire.

Depuis un an ou deux, elle vient de temps en temps à l'hôpital de la Charité consulter M. Bourdon, qui lui fait pratiquer séance tenante par ses externes, de petites saignées externes, de petites saignées très légères, et aussitôt sa parole revient pour ne céder la place à l'aphonie qu'au bout de deux ou trois semaines. Elle revient alors à ses loisirs revoir M. Bourdon qui emploie toujours à son égard le même traitement ; mais, chose curieuse, pour qu'il soit suivi des mêmes résultats heureux et surprenants que je viens de citer, il faut que cette femme voit bien son sang couler. Cela est indispensable, et sans cette condition l'aphonie persiste. Pour s'en assurer M. Bourdon cherchait à la surprendre en la saignant sans qu'elle pût voir son sang qu'on lui cachait avec un linge pendant qu'il s'échappait, ou bien encore en la piquant simplement avec une épingle en lui faisant croire qu'on la saignait, mais jamais la voix, dans ces sortes d'expériences, ne reparaissait. Si, au contraire, elle voyait le jet s'élancer de son bras, sa voix repartait comme

de plus belle. C'était donc la vue du sang qui agissait dans ce cas et non la saignée elle-même ; pourquoi ? C'est ce qu'il serait bien intéressant d'expliquer.

En dehors de ces accidents, cette femme présente une vertèbre dorsale qu'on ne peut lui toucher sans qu'elle accuse une vive douleur et qu'elle exécute un ou plusieurs mouvements désordonnés. Elle a encore de la névralgie intercostale et à chaque instant des embarras gastriques, elle en a même en ce moment.

Au deuxième temps et à la base, le cœur présente un bruit de souffle très considérable, mais qu'il est suivi d'aucun des symptômes qui accompagne les affections cardiaques ; du reste, comme il s'étend aussi dans les carotides et que cette femme est très anémique, on peut très bien l'attribuer à l'anémie.

(Extraite de la thèse de Lafitte 1872, page 32)

OBSERVATION N° VI

Aphonie chez une hystérique

(Progrès Médical 25 février 1876)

Le sujet de notre observation est une jeune fille, âgée de 18 ans, grande, forte, dont la santé est habituellement excellente et qui n'a jamais ressenti d'autres troubles que ceux pour lesquels elle est venue nous consulter. Elle est hystérique ; elle y était prédisposée par ses antécédents de famille. Sa mère a de grandes attaques, qui surviennent tous les mois ou tous les deux mois s'accompagnant de cris, de pleurs et parfois de perte de connaissance. Une sœur, âgée de 13 ans, a des attaques fréquentes qui rappellent tout à fait celles de la mère et, depuis deux mois, elle est prise d'un tremblement que plusieurs médecins ont qualifié de chorée hystérique. Le père lui-même est très nerveux, impressionnable et d'un caractère emporté.

Jusqu'à ces dernières années, l'hystérie ne s'était manifestée chez notre malade que par des attaques incomplètes.

tes. Elle était prise sans motifs d'accès de rires, de pleurs, de grincements de dents, mais jamais elle n'avait eu de grande attaque avec convulsions des membres et perte ou obnubilation de l'intelligence.

Il y a dix-huit mois, elle fut péniblement impressionnée par des discussions et des scènes violentes qui eurent lieu entre son père et sa mère ; c'est à ces chagrins domestiques qu'elle fait remonter, et probablement avec raison, l'origine de ses accidents. Vers ce moment, en effet, elle devint aphone, ne put plus parler qu'à voix basse, et dans l'espace de deux mois, l'aphonie devint du mutisme, dès lors, elle ne put même plus émettre un son. Dans la maison qu'elle habitait, on l'appelait la Muette. Elle communique avec les personnes qui l'entourent, au moyen d'une ardoise sur laquelle elle écrit ce qu'elle ne peut dire. Elle travaillait dans l'atelier de M. G... où elle s'est toujours fait remarquer par sa bonne tenue, son travail, et où elle gagnait très suffisamment sa vie : la famille de M. G... qui s'intéressait particulièrement à elle, l'a conservée parmi les ouvrières, malgré sa maladie et a pu suivre tous les accidents. Nous avons été ainsi tenus au courant de tout ce qui s'était passé. Nous rappelons ces détails pour éloigner l'idée d'une simulation, idée qu'on ne saurait trop avoir à l'esprit lorsqu'on rapporte l'observation de malades hystériques, toujours portés à exagérer les symptômes qu'elles présentent ou même à les inventer, pour peu qu'elles paraissent éveiller l'intention ou la sympathie du médecin ou des personnes qui les entourent. Ajoutons encore que la malade est très vive, très intelligente et paraît profondément peinée des accidents survenus si inopinément et dont elle redoute les conséquences, craignant surtout de perdre un emploi qu'elle remplissait bien jusqu'à ce jour.

Aussi a-t-elle consulté nombre de médecins et de spécialistes ; elle est entrée plusieurs fois à l'hôpital.

Tous ceux qui l'ont examinée ont été d'accord sur le diagnostic de paralysie hystérique des muscles du larynx ; on lui a conseillé l'électricité, l'hydrothérapie, les bains de mer, divers médicaments toniques... Ces différents traitements ont tous été suivis avec une exactitude scrupuleuse, sans amener aucune amélioration dans l'état de la malade.

Le 10 novembre 1895, elle fut amenée à l'Hôtel-Dieu à la clinique de M. le Professeur Béhier, suppléé alors par l'un de nous.

Elle nous donne par écrit, avec une grande intelligence, tous les renseignements que nous venons de rapporter, et qui concordent parfaitement avec ceux fournis par sa famille et par les chefs de l'usine dans laquelle elle est employée. Elle n'a pas de boule hystérique, pas d'hémi-anesthésie, pas de troubles des organes des sens. Les ovaires et particulièrement l'ovaire gauche sont douloureux à la pression. Aucun trouble viscéral. En un mot, en dehors des troubles laryngiens et de la douleur ovarienne, la malade ne paraît présenter rien d'anormal.

On peut promener le doigt dans toute l'arrière-gorge, chatouiller l'épiglotte, sans provoquer de mouvements réflexes, sans que la malade en éprouve aucune gêne. L'examen laryngoscopique, bien facile en pareille circonstance, fut pratiqué par le D^r Moure. Il put constater une paralysie des cordes vocales ; celles-ci font un mouvement presque imperceptible lorsque la malade cherche à émettre un son.

Nous jugeâmes inutile de revenir ou d'insister sur les moyens thérapeutiques, dont l'inutilité avait été ici surabondamment démontrée.

Nous réservâmes le pronostic, sachant qu'en pareil cas la guérison survient souvent au moment où l'on s'y attend le moins, et quelquefois au sortir d'une grande attaque convulsive.

C'est même la connaissance de ce dernier fait, qui nous

suggéra l'idée de provoquer une attaque chez notre malade. Si l'attaque convulsive est une sorte de crise qui souvent met un terme aux accidents paralytiques, n'était-il pas légitime d'amener artificiellement cette crise ? Ces tentatives d'ailleurs, faites avec prudence et dans les conditions spéciales d'observation attentive où nous étions placés, ne pouvaient avoir aucun inconvénient pour la malade.

On sait, depuis les recherches de Schutzenberger et de Négrier, que l'on peut provoquer des attaques hystériques par la compression des ovaires chez les femmes qui présentent de l'ovaralgie. C'est ce qui fut fait chez notre malade, et le résultat dépassa nos espérances.

Le soir même de son entrée à l'hôpital, nous fîmes coucher la malade, et déprimant fortement la paroi abdominale en plongeant ainsi dans l'excavation du petit bassin, nous exerçâmes sur l'ovaire une pression très douloureuse, qui donna lieu à une sensation de boule (sensation qu'elle n'avait jamais ressentie) partant de la région ovarienne et remontant à l'épigastre. La douleur était telle qu'il fut nécessaire de faire maintenir la patiente par plusieurs personnes. La compression qui, malgré la douleur fut continuée provoqua quelques accès d'une toux sèche, puis quelques cris étouffés. Enfin la malade put articuler ces mots d'abord d'une voix presque imperceptible : « Vous me faites mal ». Les jours suivants, la compression fut continue (cinq à dix minutes chaque séance), l'émission du son devint plus distincte, et la malade cessa d'être muette ; elle n'était plus qu'aphone, elle pouvait parler, mais à voix basse et pour ainsi dire en soufflant ses paroles.

Les 17, 18 et 19 novembre, il ne fut pas fait de compression ovarienne. Le 20 et le 21 novembre, la malade était redevenue absolument muette. Le 21 novembre nous fîmes coucher la malade, comme la première fois, puis plongeant les mains dans l'excavation du bassin, nous

exercâmes une compression des plus énergiques ; la malade au bout d'un quart d'heure fut prise d'une crise hystérique convulsive violente, accompagnée de cris, et ces cris étaient entendus même d'assez loin. Dans la nuit, elle eut plusieurs autres attaques, en dehors de toute intervention et chaque fois la voix prenait plus de force.

A partir de cette époque, la malade eut assez fréquemment des crises hystériques, mais son mutisme cessa et elle put parler presque à haute voix. Ajoutons que l'anesthésie du pharynx a disparu en partie ; la malade sent parfaitement le doigt de l'observateur quand on l'introduit dans l'arrière-gorge, toutefois cette exploration est encore assez bien supportée pour ne pas amener de mouvements reflexes violents.

Signalons, avant de terminer cette observation, deux autres faits également intéressants. Avant la compression des ovaires et avant les grandes attaques dont nous venons de parler, il n'y avait pas de douleurs ovariennes spontanées ; elles existent depuis ce moment, et sont continues, mais peu intenses. Il nous a été donné, en outre, d'observer sur cette malade l'action suspensive de la compression ovarienne sur l'attaque hystérique, action si bien développée dans les leçons de M. le professeur Charcot sur l'hystéro-épilepsie.

Chez notre malade, la compression de l'ovaire en dehors de la crise, produisait une attaque ; une compression énergique exercée pendant l'attaque la suspendait tout le temps que durait la compression, et paraissait en diminuer l'intensité. On voit bien par là quelle peut être l'application pratique de cette donnée.

Le 10 décembre, la malade est sortie de l'Hôtel-Dieu, parlant bien et présentant comme seul trouble pathologique quelques attaques hystériques durant environ dix minutes à un quart d'heure.

Nous avons cru devoir publier cette observation parce qu'elle montre bien tout le parti qu'on peut tirer de la

compression ovarienne dirigée contre certains accidents hystériques. Nous n'avons nullement la prétention d'avoir guéri notre malade : elle est restée hystérique. Nous avons seulement provoqué graduellement une modification qui a substitué certains accidents à d'autres accidents. Si on nous objecte que la malade n'a rien gagné au change, nous répondrons que la personne qui est la plus intéressée certainement dans cette question, est d'un avis absolument contraire.

On pourra encore nous objecter qu'il n'y a eu là qu'une simple coïncidence, que les accidents hystériques guérissent spontanément, sans intervention thérapeutique et que la mica panis recommandée en pareil cas, est peut-être le médicament qui compte le plus de succès.

A cela, on peut ne rien répondre, si ce n'est que dans l'observation que nous venons de rapporter, la relation de cause à effet entre l'aphonie et la compression de l'ovaire nous a paru de plus nettes. Cette relation nous permet d'espérer que de nouvelles observations dirigées dans ce sens viendront, à l'appui de la nôtre, démontrer que, par la compression ovarienne, on peut provoquer une crise amenant, nous le répétons, non la guérison de la malade, mais une sorte de déplacement des accidents.

(Citée dans la Thèse de Follenfant, page 44).

OBSERVATION N° VII

Un cas d'aphonie hystérique par le Dr Mandelstamm

(Annales de laryngologie, page 154, 1895, tome 2)

Le 17 janvier 1895, M^{me} veuve T..., cultivatrice, arrivant de province, vint nous consulter pour une aphonie complète. Elle nous raconte qu'il y a trois mois, elle fut prise d'un coup de froid et devint complètement aphone. Elle fut traitée pour une laryngite catarrhale et bien qu'elle ne souffrit pas de la gorge, la voix ne revenait toujours pas. Voyant qu'elle n'en venait pas à bout, elle se décida

d'aller consulter un médecin à Paris. M. le docteur Pillon, auquel elle s'adressa, ne lui trouvant rien aux poumons ni dans la gorge l'envoya à notre consultation,

La malade est âgée de 35 ans, d'une constitution délicate. Pas d'antécédents héréditaires. Son père est mort d'une attaque d'influenza à l'âge de 73 ans ; sa mère est vivante et jouit d'une bonne santé. Elle a eu quatre enfants dont deux sont morts d'un accident, les deux autres qui lui restent, un garçon de 10 ans et une fille de 7 ans, se portent bien.

A la suite de la naissance de sa fille, il y a sept ans, elle a eu une forte secoussé morale : le lendemain de ses couches, on lui apporta son petit garçon écrasé par une voiture. Après cette grande émotion elle devint nerveuse et avait souvent des cauchemars dans la nuit. Quatre ans après, elle a eu une fièvre typhoïde dont elle n'a guéri définitivement qu'au bout de trois mois et qui lui a laissé comme reliquat une aménorrhée pendant trois mois. Après la réapparition des règles, elle conserva une dysménorrhée, et très souvent au moment des règles elle avait des crachements de sang.

Avec ces antécédents de la malade et en présence d'une extinction complète de la voix, il n'était pas difficile de conclure qu'il s'agissait d'une aphonie hystérique. Le diagnostic s'imposait ; il fut définitivement confirmé par l'examen de la malade, surtout par l'examen laryngoscopique. Rien du côté des poumons. Il existe une *hypereslhésie très marquée* au niveau de l'angle de l'omoplate et de l'appendice scyphoïde. *Le champ visuel est considérablement rétréci.* Le pharynx a conservé sa sensibilité normale. La muqueuse laryngée est normale et les cordes vocales sont d'un blanc nacré, mais pendant les efforts de phonation, la glotte reste béante, présentant un triangle isocèle à large base en arrière. Malgré tous les efforts que fait la malade, il lui est impos-

sible d'émettre un son, les cordes vocales ne se rapprochant pas.

Dans le but d'explorer la sensibilité de la muqueuse larygienne nous touchons, au moyen d'une sonde métallique recourbée à son extrémité, successivement l'épiglotte, les bandes ventriculaires et les cordes vocales. Aussitôt que la sonde a touché les cordes vocales, la malade commence à émettre des sons. En même temps elle est prise d'un spasme glottique qui cède facilement à une aspersion d'eau froide.

La malade nous parle, la voix est revenue, conservant toutefois quelque rancité. Nous pratiquons de nouveau l'examen laryngoscopique, et nous constatons que pendant la phonation, les cordes vocales se rapprochent vers la ligne médiane, mais qu'il reste encore entre elles un intervalle étroit sur toute leur longueur.

Nous instituons un traitement général (bromure, valériane d'ammoniaque). Le lendemain, la malade parle de sa voix normale, le rapprochement des cordes vocales est complet. Nous renvoyons la malade au bout de cinq jours avec M. le docteur Pillou et constatons le retour complet de la voix. Nous regrettons de n'avoir pu suivre plus longuement la malade qui a été obligée de retourner chez elle à la campagne.

Comme on le voit, chez notre malade, la paralysie avait frappé tous les adducteurs sans intéresser en même temps les abducteurs. Y a-t-il paralysie des abducteurs d'origine hystérique ? C'est un point qui, jusqu'à présent, n'a pas encore été suffisamment élucidé. Si d'une part il ne paraît pas impossible d'amettre à priori que, dans l'hystérie, la paralysie puisse frapper les muscles abducteurs aussi bien que les adducteurs ou tout autre muscle de l'économie, il n'existe d'autre part, jusqu'à présent, d'observation bien probante de paralysie des abducteurs d'origine hystérique tandis qu'on ne compte plus les cas de paralysie hystérique des adducteurs. L'interprétation

de ce phénomène, d'après ce que nous savons sur la physiologie nerveuse du larynx n'est du reste pas difficile. Les crico-aryténoïdiens postérieurs, muscles respiratoires, ayant pour fonction des mouvements involontaires ont leur seul centre d'innervation dans le bulbe, du moins n'est-on pas encore arrivé à démontrer l'existence d'un centre respiratoire dans les hémisphères cérébraux. tandis qu'on connaît, depuis les recherches de Krauss et de Semon et Horsley un centre cortical phonatoire dont l'irritation produit l'adduction des cordes vocales sans provoquer des mouvements respiratoires.

Ainsi, admet-on généralement l'origine cérébrale de l'aphonie hystérique dans laquelle les muscles adducteurs ayant une fonction soumise à la volonté et recevant leur innervation principale de l'écorce cérébrale doivent être intéressés seuls à l'exclusion des abducteurs.

Ce qui confirme bien l'origine cérébrale de l'aphonie hystérique c'est la conservation de la contractilité électro-électrique par les muscles intéressés. Non seulement l'électrisation produit le rapprochement des cordes vocales, mais il n'est pas rare d'obtenir en une seule séance d'électrisation le retour complet et définitif de la voix. De même que l'électrisation, il suffit parfois de la moindre irritation périphérique, telle que l'attouchement des cordes vocales au moyen d'une sonde (comme c'était le cas chez notre malade), voire même l'introduction du miroir laryngien dans le fond de la gorge pour faire disparaître l'aphonie. Certes beaucoup plus nombreux sont les cas dans lesquels l'aphonie, avec une tenacité extrême, résiste à tout traitement, mais dans ces cas-là, il faut penser à une contracture des muscles antagonistes.

Quant à l'étiologie de l'aphonie chez notre malade, il est évident que cette aphonie, bien qu'elle eût pour cause occasionnelle le « coup de froid » dont parlait la malade, n'était en somme qu'une manifestation tardive d'une

hystérie, dont le début remontait à un choc moral éprouvé sept ans auparavant. Cette hystérie avait déjà, antérieurement à l'apparition de l'aphonie, présenté bien d'autres manifestations, telles que des cauchemars fréquents, dysménorrhée avec crachements de sang, etc.

OBSERVATION N° VIII

Aphonie chez une hystérique

M^{lle} Amélie Jouvain, âgée de 25 ans, vient à la clinique de M. le docteur Fauvel depuis quelques mois.

Elle a depuis quatre ans un enrrouement qui la fatigue et l'irrite au plus haut degré. Elle a eu, il y a quatre ans, une affection pulmonaire que je ne puis dénommer, ne la connaissant pas, et ses renseignements sont trop peu précis. Elle croit que c'est à la suite de cette affection mal déterminée, que son aphonie est survenue. Au commencement de l'hiver sa voix s'en va ; avec les beaux jours du printemps, elle revient un peu, mais faiblement, et ce n'est qu'avec les fortes chaleurs que son retour s'accroît davantage mais jamais entièrement. Elle a, elle aussi, toujours comme des crachats dans la gorge à expectorer, qui la fatiguent beaucoup, mais qui l'irritent davantage. Elle avoue d'ailleurs avoir un caractère très irritable et entrer dans des fureurs terribles mais involontaires à la moindre provocation des personnes qui l'entourent. Sans cela, dit-elle, j'ai périodiquement des attaques qui me prennent tout d'un coup et me font perdre connaissance. Quand je me relève, on me dit que je me suis débattue et je ressens dans la gorge une douleur atroce, comme si on m'étranglait, et qui me fait pleurer. Son larynx examiné au laryngoscope révèle des cordes d'une éclatante blancheur, tout ce qu'on peut y voir, c'est une décoloration notable de toutes les muqueuses laryngées et pharyngées, et un défaut de rapprochement des cordes au milieu. Elle est en traite-

ment depuis le mois de janvier de cette année ; on lui a donné de l'iodure de potassium, appliqué des vésicatoires, on l'a cautérisée, rien n'y fait ; seule l'électricité produit de bons résultats, et encore sont-ils très fugitifs. Au moment où les néophores sont appliqués sur son larynx, la voix revient.

(Ext. Thèse Lofite, page 53.)

OBSERVATION N° IX

Aphonie chez une hystérique

M^{me} L.,., habitant Montauban, est âgée de 48 ans, sans profession, grande et assez forte, elle n'a jamais eu de maladies graves. Très nerveuse, très facile à émouvoir, dès son enfance, elle dit avoir eu des convulsions vers l'âge de 6 ou 7 ans.

Réglée à dix ans et demi, elle a eu à onze ans une hémorrhagie utérine considérable. Elle n'a jamais eu de laryngite, n'a jamais toussé ; elle ne craint pas le froid, respire avec plaisir l'air froid et vif et a toujours la gorge à découvert.

A l'âge de 20 ans, elle a éprouvé une première atteinte d'aphonie. Prise d'une violente frayeur à la suite d'un incendie dans sa maison, elle voulut crier au secours, et ne put parvenir à proférer aucun son. Elle resta ainsi pendant plusieurs jours.

Deux ans plus tard, une vive contrariété lui fit perdre de nouveau la voix ; l'apparition de l'aphonie eut lieu brusquement, elle dura cinq semaines, persistant pendant et après les règles. Mariée quelque temps après, M^{me} L... eut sept enfants en moins de quinze ans. Quatre de ses enfants ont succombé à des convulsions ; les autres se portent bien. Depuis son mariage, elle eut de nombreuses atteintes d'aphonie, d'une durée moyenne de cinq à six semaines, quelquefois plus.

Pendant les différentes grossesses de M^{me} L..., son état nerveux était moins prononcé ; depuis deux ans la

menstruation est devenue plus irrégulière ; elle est bien plus excitable et les attaques d'aphonie ont augmenté de nombre et de durée ; l'aphonie semble être, depuis cette époque, son état normal, et même elle se porte mieux aphone, que parlant normalement. Ayant eu l'occasion d'observer pendant plusieurs années la maladie de M^{me} L..., nous avons assisté plusieurs fois à l'apparition et à la disparition de son aphonie, et voici qu'elles particularités nous avons remarquées :

Apparition de l'aphonie, — Elle présente des phénomènes moins intéressants que sa disparition. Ordinairement, elle se produit brusquement à la suite d'une frayeur, d'une vive contrariété. Nous avons déjà raconté comment une frayeur rendit une première fois notre malade aphone. Au mois d'avril dernier, nous avons vu M^{me} L... pendant cinq jours parlant comme tout le monde, un soir, en se couchant, elle est contrariée par un de ses enfants, pendant la nuit la voix disparaît. Depuis deux ou trois ans, quand M^{me} L... n'est pas aphone, elle est très irritable, la moindre contrariété lui cause une émotion violente et l'aphonie ne tarde pas à se produire. Il peut alors se présenter deux cas : ou bien l'aphonie éclate brusquement et l'état nerveux de M^{me} L... est aussitôt calme, elle se trouve immédiatement soulagée, ou bien l'apparition de l'aphonie se fait attendre et alors se produit un état de malaise très pénible ; la malade devient triste, excitable à l'excès ; les larmes lui viennent aux yeux, elle a des pandiculations, des agacements, et au milieu de tout cela, elle a parfaitement conscience qu'elle devient aphone. En effet, sans cause directe, la voix vient à se perdre et le malaise disparaît aussitôt ; l'appétit renaît, l'état de santé est parfait, et ainsi pendant toute la durée de l'aphonie.

Jamais, chez M^{me} L.... l'apparition de l'aphonie n'est précédée d'une attaque d'hystérie ; l'attaque au contraire annonce ordinairement le retour de la voix.

Disparition de l'aphonie. — La disparition de l'aphonie ne se fait pas aussi simplement que son apparition. Ici l'état hystérique de la malade se montre au grand jour. A la suite d'une émotion morale, presque toujours gaie, ou bien à la suite de différentes médications, la voix lui revient souvent. Le retour est toujours précédé de l'apparition d'un violent malaise, le cœur bat violemment, le visage est rouge, les larmes coulent facilement, un hoquet bruyant et rapide se produit. Il y a des baillements, des pandiculations, du ballonnement du ventre, suivi d'éruclations nombreuses et sonores ; enfin viennent les convulsions.

Une attaque complète d'hystérie (boule, palpitations, perte de connaissance, convulsions cloniques) précède donc le retour de la voix.

Voici une de ces attaques, précédant la disparition de l'aphonie, à laquelle nous avons assisté au mois de septembre 1876. M^{me} L... avait perdu la voix depuis environ cinquante jours. Un flacon d'éther ayant été involontairement renversé dans la chambre où elle se trouvait, elle fut prise, au bout de quelques instants, d'une vive douleur à la gorge et d'une sensation de sécheresse, suivies d'un hoquet violent. C'était au moment de se mettre à table ; la crise parut se calmer au bout de quelques minutes, mais à peine la malade avait-elle mangé la moitié de son potage, que les hoquets recommencèrent ; elle est prise aussitôt d'une attaque d'hystérie, sans perte de connaissance ; on la place dans un fauteuil, on établit un courant d'air ; la malade respire plus facilement, se calme peu à peu et au bout d'une demi-heure la voix était revenue pleine, claire et sonore. Mais la guérison ne devait pas être de longue durée ; deux jours après M^{me} L... sentit qu'elle allait redevenir aphone, ce qui ne tarda pas à se produire.

Nous avons entendu la malade se plaindre quelquefois de ce que le vin blanc lui portait sur les nerfs ; nous lui

conseillâmes d'en prendre quelques gorgées. L'imagination aidant, la malade nous annonça bientôt à voix basse qu'elle sentait sa voix revenir et quelques minutes après elle parlait à haute voix. Une nouvelle perte de la voix ayant eu lieu quelque temps après, le vin blanc fut essayé avec le même résultat, mais une demi-heure après la voix avait de nouveau disparu.

L'inhalation des vapeurs ammoniacales produisit une attaque d'hystérie, suivie d'un retour passager de la voix.

Ce moyen fut essayé à la suite d'un repas copieux et peut-être doit-on attribuer à la plénitude de l'estomac une partie de l'insuccès. Pendant les périodes d'aphonie M^{me} L., jouit d'une parfaite santé et son état nerveux, bien plus irritable quand elle peut parler, semble être un peu calmé ; elle prétend respirer plus librement ; il lui semble qu'un courant d'air frais traverse un conduit autre que celui qui lui sert à respirer, quand elle parle normalement. Un courant d'air chaud lui produit une sensation désagréable, il lui semble alors respirer des vapeurs phosphoriques ou sulfureuses.

Remarques. — L'aphonie paraît chez M^{me} L... à la suite d'une émotion triste, de la colère ou de la peur, ou sans cause appréciable, jamais à la suite d'une attaque d'hystérie. Elle éprouve alors dans la gorge une sensation particulière, qui l'avertit de la perte de la voix ; elle peut en prévenir les personnes présentes. L'aphonie disparaît à la suite d'une émotion gaie ou d'une médication excitante, toujours après une attaque d'hystérie, la malade est aussi avertie par une sensation particulière dans la gorge, du retour de la voix.

Pendant la période d'aphonie, santé parfaite ; pendant la période vocale, état nerveux très excitable.

Aggravation de l'état nerveux et aphonies fréquentes et plus persistantes à l'approche de la suppression du flux menstruel.

OBSERVATION N° X

*Aphonie liée à des troubles des organes
génitaux-urinaires*

Augustine D..., âgée de 15 ans, n'a jamais eu d'autre maladie que la rougeole dans sa septième année ; elle est bien conformée, d'un tempérament lymphatique ; elle n'est pas très nerveuse et n'a jamais eu aucune affection convulsive.

Son père, âgé de 48 ans, n'a jamais été malade. Sa mère, âgée de 37 ans, se porte bien, et n'accuse aucune affection convulsive.

Augustine D... est fille unique ; un frère plus jeune de deux ans, est mort du croup dans sa cinquième année. Le 8 avril 1877, Augustine D..., qui n'avait jamais été réglée, se plaignit pour la première fois de douleurs au bas ventre, de pesanteurs dans les lombes et le fondement. Pendant plusieurs jours, ce malaise ne fit qu'augmenter ; elle perdit l'appétit, eut quelques vomissements, un léger mouvement fébrile ; tous les moyens domestiques usités en pareil cas pour amener l'apparition des règles furent employés inutilement et aucun mieux ne se produisit sous leur influence. Sur le soir du sixième jour de ce malaise, Augustine D..., fut prise d'une extinction de voix progressive, et dans l'espace d'une demi-heure, l'aphonie était devenue complète ; le lendemain matin l'aphonie persistait, mais les phénomènes congestifs du côté de l'utérus avaient pris fin et la malade put se lever et se livrer à ses occupations habituelles.

Aucun traitement ne fut dirigé contre l'aphonie qui persista jusqu'au 18 mai. Vers le 15 de ce dernier mois, il y eut réapparition des phénomènes congestifs de l'utérus, malaise, vive agitation, inquiétude de la malade, douleurs dans le bas-ventre et les reins, pesanteur au fondement. Des sinapismes furent appliqués, on fit prendre à la malade quelques bains de jambe ; le

deuxième jour l'écoulement se montra ; le troisième, il était abondant et, le soir même, l'aphonie cessait comme par enchantement à la suite d'une petite colère.

Depuis ce temps, Augustine D... est bien réglée et n'a pas vu reparaitre ces accidents.

(De l'aphonie nerveuse Thèse du docteur Follenfant, page 16)

OBSERVATION N° XI

Observation d'aphonie chez un syphilitique

M. X..., âgé de 35 ans, constitution robuste, tempérament mixte, marié, père de deux enfants très bien portants.

A eu la syphilis en 1865, chancre induré, plaques muqueuses à la gorge, quelques taches très discrètes de roséole. Ces accidents ont duré six mois et ont été combattus par le proto-iodure de mercure et l'iodure de potassium.

Depuis, plus d'accidents apparents, sauf deux névralgies occipitales, l'une il y a six ans, l'autre il y a trois ans. Ces névralgies apparaissaient le soir et disparurent sous l'influence de quelques doses d'iodure de potassium. Vers le milieu de mai 1873, le malade est pris de troubles du côté de la voix. Celle-ci se voile peu à peu et arrive jusqu'à l'aphonie complète. Justement alarmé de cet état il consulte différents médecins qui l'envoient aux eaux de Cauterets.

Malgré le traitement par les eaux sulfureuses, l'électricité et même l'hydrothérapie, l'aphonie persiste, et le malade nous est envoyé au mois de janvier 1874 par M. le dr Cazalis qui veut bien l'examiner avec nous.

A l'examen laryngoscopique pratiqué le 3 Janvier nous constatons que la corde vocale gauche est rétrécie, dépourvue de mouvements, et qu'elle ne s'avance pas vers sa congénère. Quand le malade prononce la syllabe E un espace de cinq millimètres environ sépare les deux cordes. La corde droite est légèrement rouge à la partie

postérieure mais conserve tous ses mouvements. Le bord supérieur de l'épiglotte est un peu frangé avec quelques dépressions d'une coloration jaune pâle (taches probables d'anciennes ulcérations syphilitiques).

La voie est complètement abolie.

Nous ne constatons rien au cœur ni à la poitrine.

Il n'existe pas de ganglions cervicaux hypertrophiés.

Vu l'absence de toute lésion qui pourrait expliquer la paralysie de la corde vocale gauche, vu les antécédents syphilitiques du malade, nous diagnostiquons une paralysie syphilitique et nous proposons des injections hypodermiques de mercure. Elles sont acceptées et nous commençons le 6 janvier par des injections suivant la formule suivante :

Biiodure de mercure	0,40
Iodure de potassium	0,50
Eau distillée	20,»»

0,02 de biiodure sont injectés journellement dans le dos qui est la région la plus favorable à cause de l'absence des gros troncs nerveux et du petit nombre des vaisseaux lymphatiques.

Elles sont très bien supportées, quoique fort douloureuses. Après la vingtième injection, la voix commence à revenir peu à peu et à la soixante-quinzième elle était redevenue normale. A ce moment, vers la fin de mars 1874 à l'inspection laryngoscopique, les cordes vocales s'affrontaient complètement, excepté vers la commissure antérieure où il restait environ un écartement d'un millimètre.

Depuis deux ans la guérison ne s'est pas démentie, et nous avons pu encore constater par un examen laryngoscopique sérieux pratiqué en novembre 1876, que la corde vocale gauche avait tous ses mouvements, et était revenue à ses dimensions et à sa grosseur normales.

Observations empruntées à Diday

(Gazette Médicale de Lyon, 1860, page 35)

OBSERVATION N° XII

Une jeune dame qui n'avait dû contracter la syphilis que par le contact d'un verre souillé, avait d'après son origine singulière, méconnu la nature de sa maladie. Depuis six mois, elle était affectée d'un enrouement fort incommode, contre lequel plusieurs médecins avaient vainement épuisé les ressources ordinaires.

J'eus à l'examiner à mon tour, le 14 octobre 1856 et trouvai un tubercule muqueux à la lèvre inférieure (au point même où avait existé dix-huit mois auparavant, la lésion primitive), et deux autres très légers tubercules muqueux, un à chaque amygdale. Aucune des autres lésions constitutionnelles qui avaient eu lieu, ne subsistait à cette époque. Je lui ordonnai le traitement « spécifique spécial » que j'indiquerai tout à l'heure. Six jours après, la voix était revenue, claire, nette, normale ; et cela sans aucun autre effet appréciable du remède, sur la santé générale. Il y a six jours, elle ne pouvait pas parler ; aujourd'hui elle parle, voilà toute la différence.

OBSERVATION N° XIII

Une chanteuse fort légère, vint me consulter, le 6 mars 1858, atteinte depuis trois mois d'un enrouement obstiné, qu'aucun médecin ni aucun remède n'avait pu guérir. Je l'examinai attentivement ; et je ne trouvai ni sur la peau, ni dans la bouche et l'arrière-bouche aucun signe de syphilis. Elle ne se rappelait pas non plus en avoir eus.

Néanmoins, quelques souvenirs mal expliqués par elle, puis la tenacité du mal me donnant des doutes, je prescrivis, par forme d'essai, le traitement général approprié, et qui est si rapidement curatif dans les aphonies de cause syphilitique. Après deux jours, elle parlait déjà

beaucoup mieux. Après cinq jours la voix était rétablie dans son timbre normal. Au bout d'un mois, elle contracta un rhume très-violent, malgré lequel sa voix resta intacte. Je dois aussi ajouter qu'elle se rappela, après coup, avoir pris, huit mois auparavant, beaucoup de pilules, pour des symptômes qu'elle ne put ou ne voulut pas préciser plus clairement.

OBSERVATION N° XIV

Un négociant, âgé de plus de 20 ans, en proie à la syphilis depuis près de cinq mois, n'avait usé que des remèdes insignifiants, lorsque, le 9 juillet, il vint me consulter pour une extinction de voix survenue sans cause appréciable, complète, et durant depuis six jours.

Avec deux pilules de Ricard par jour, il était au bout de trois, en état de se faire entendre. La guérison était complète le huitième jour.

OBSERVATION N° XV

Une jeune dame attachée à notre théâtre de vaudeville se présenta chez moi, vers le milieu de décembre 184 , pour une syphilis commençante, bien caractérisée par tous ses symptômes habituels. Son sexe et sa profession la rendant doublement insouciant, je ne l'avais plus revue, lorsque dans les premiers jours de janvier suivant elle vint se plaindre d'un enrouement progressif, qui l'avait forcée à supprimer de ses rôles, les couplets (en réclamant l'indulgence du public). Bientôt le dialogue dut aussi être sacrifié. Quand je la vis, cet état durait depuis, jours ; il n'y avait pas de trace de sonorité ; ainsi que je l'exprimais plus haut, elle soufflait, mais ne faisait rien entendre. — Son directeur la pressant de donner une réponse, je pus, vu la clarté du diagnostic dans ce cas, lui permettre de « faire annoncer » qu'elle reprendrait son service sous huit jours.

Trois pilules par jour, chacune de trois centigrammes

de proto-iodure de mercure, composèrent tout le traitement. Cinq jours après, elle put reparaitre sur la scène.

Mais, cinq semaines après, le traitement ayant été omis, elle eut, avec une nouvelle éruption de syphilides au cou et à la poitrine, une récurrence de l'aphonie. Afin d'établir, par une contre-épreuve décisive, l'indication de la préparation mercurielle à laquelle je donne la préférence, j'essayai alors le bi-chlorure de mercure à la dose deux centigrammes par jour, mais, quoique parfaitement supporté, il ne produisit que des effets trop lents. Le proto-iodure la guérit une seconde fois, aussi vite que la première, et celle-ci radicalement, la médication ayant été continuée docilement tout le temps que j'exigeai.

OBSERVATION N° XVI

En 1845, un ténor de grand opéra me donna toute sa confiance. Les antécédents de syphilis constitutionnelle étaient incontestables chez lui. Quoiqu'il n'en présentât actuellement aucune trace, il en offrait sur le front les cicatrices authentiquement légalisées, il en portait dans sa poche les certificats dûment paraphés Ricord.

Or, il venait actuellement de perdre la voix en fort peu de temps et d'une manière complète.

Je n'hésite pas aujourd'hui, à déclarer qu'il s'agissait d'une aphonie syphilitique, aisément curable en quelques jours par le proto-iodure de mercure.

Mais, beaucoup moins expérimenté à cette époque je m'attaquai, comme cause de l'enrouement, à de petits follicules quasi-normaux de la paroi postérieure du pharynx, que je cautérisai à plusieurs reprises. Le pauvre ténor resta éloigné de la scène plus de deux mois, et ne recouvra son organe que peu à peu grâce à un traitement composé de liqueur de Van Swieten, que mes collègues Bottex et Potton eurent le tact de m'engager à lui faire subir. Je répète, tout en déplorant ce triste exemple d'inaction, que aujourd'hui, avec ce que j'a

vu et ce que je sais, je le guérirais certainement en huit jours.

OBSERVATION N° XVII

Une jeune femme de 19 ans avait, depuis un mois un roséole syphilitique avec des tubercules muqueux à la vulve et à l'anus, lorsque, vers le 20 mars 1858 elle fut prise, sans ressentir les préludes, ni les symptômes d'un rhume, sans toux, ni fièvre, d'un enrouement qui en huit jours, devint complet. Je constatai chez elle des tubercules muqueux exulcérés, opalins, siégeant sur les deux amygdales. Je m'abstins intentionnellement de les cautériser et prescrivis le 27 mars, 7 centigrammes de proto-iodure hydrargyrique par jour. Le 20, la voix s'entendait déjà mieux : l'état des amygdales n'avait pas changé. J'élevai à 10 centigrammes la dose du proto-iodure qui était bien supporté. Elle recouvra la voix dans le délai ordinaire. Mais il fallut pour guérir les amygdales les toucher avec le nitrate acide de mercure.

OBSERVATION N° XVIII

Aphonie dans la fièvre typhoïde

Dromer (Alfred), 2^{me} soldat au 70^{me} de ligne, entre à l'hôpital du Gros-Caillou, le 14 janvier 1877, pour une fièvre typhoïde grave ; traité par les toniques et les lotions froides, il ne présenta rien d'extraordinaire, sinon une aphonie complète dès son entrée à l'hôpital, elle persiste pendant tout le cours de la maladie. A l'examen laryngoscopique, on constate immédiatement une paralysie des cordes vocales, qui se traduit sur le miroir laryngien par l'écartement et l'étroitesse des cordes, qui ne peuvent plus s'affronter sur la ligne médiane et qui, au lieu d'être rectilignes, présentent une incurvation à concavité interne ; les cordes sont blanches ; la muqueuse du voisinage est légèrement hyperémiée ; il n'y a pas d'ulcérations. Le 8 février, le malade étant en pleine

convalescence et présentant toujours le même état d'aphonie, on applique la pile que nous venons de décrire, on laisse les plaques à demeure sur le cou pendant trois jours. Dès le premier jour, la voix commença à revenir ; le 14, le malade parle parfaitement ; il ne reste qu'un peu de raucité, mais les cordes vocales s'affrontent complètement, comme le fait constater l'examen laryngoscopique qui a suivi l'application de la pile, la raucité elle-même disparaît au bout de quelques jours, et au moment de la sortie de l'hôpital il n'y a plus trace de l'altération de la voix.

(Extrait de la thèse de Follenfant, page 57).

OBSERVATION N° XIX

Aphonie nerveuse chez une tuberculeuse

Ecartement permanent des cordes vocales inférieures

(Hôpital Bichat. Service du docteur Gougenheim)

Dans le cours du mois d'août, entre dans cet hôpital une nommée X..., âgée de 30 ans, journalière, malade depuis un an environ et ayant perdu assez brusquement la voix depuis quelques semaines.

Cette femme a beaucoup maigri, ses forces ont sensiblement diminué, elle est très pâle et a quelquefois des hémoptysies. A l'auscultation de la poitrine on constate aux deux sommets des signes non douteux de tuberculose à la période de ramollissement.

A l'examen laryngoscopique, peu de lésions laryngiennes, la muqueuse est médiocrement rouge et n'est le siège d'aucune ulcération, les tissus ne sont pas sensiblement épaissis, mais on constate avec surprise l'écartement très sensible des cordes vocales qui ne peuvent se rapprocher, quels que soient les efforts tentés par la malade. De plus les cordes sont minces blanches, en un mot elles ont la coloration normale. L'image glottique est donc tout-à-fait celle de la paralysie hystérique du larynx, c'est-à-dire d'une paralysie des adducteurs. Cet

état diffère absolument de celui que causerait une compression des nerfs récurrents. En ce cas, je rappelle que la paralysie ne présente point cette image, les cordes sont parallèles, immobiles et quelquefois tremblotantes, elles sont ramenées, comme on l'a dit, à la position cadavérique.

Cette malade a séjourné deux mois dans le service sans que la voix revint jamais. Soumise un certain nombre de fois à l'examen laryngoscopique, on a pu constater que l'image de la glotte n'avait jamais changé.

L'électrisation employée chez elle au moyen de courants interrompus, n'a donné aucun résultat, en raison des lésions thoraciques, je n'ai pas jugé convenable d'appliquer un électrode à l'intérieur de l'organe.

Je crois que la dénomination d'aphonie nerveuse est parfaitement légitimée par la description qui vient d'être faite ; j'ai certainement vu, et assez souvent, des parésies laryngiennes dans le cours de la tuberculose, mais pas avec ce caractère ; alors les cordes se mouvaient péniblement, ne pouvaient se rapprocher au contact parfait, mais elles pouvaient encore moins s'écarter sensiblement, et l'aphonie n'était jamais aussi complète que dans le cas présent.

Bien que l'état de la malade ne se fut pas modifié par l'électro-thérapie, ce ne serait pas une raison pour contester la dénomination, car personne n'ignore combien longue peut être la durée de certaines paralysies hystériques, et il est certain que chez notre malade l'état des poumons ne devait pas être sans influence sur la ténacité des symptômes nerveux.

OBSERVATION N° XX

Aphonie chez une Tuberculeuse

Mlle X..., aphone depuis deux mois et phtisique, était soignée par M. Martin-Damourette. Ce médecin put constater que l'aphonie affectait un caractère intermittent.

Convaincu qu'il existait dans le larynx une altération insolite, M. Martin-Damourette pria M. Krishaber d'examiner au laryngoscope cette jeune malade. L'examen eut lieu et les deux médecins constatèrent une légère injection sur l'épiglotte. Le vestibule de la glotte, les ligaments aryténo-épiglottiques, les ligaments thyro-arythnoïdiens inférieurs, ou cordes vocales proprement dites, ainsi que le bord des ventricules de Morgagni, furent trouvés complètement sains. En demandant à la malade d'émettre un son, les cordes vocales se rapprochèrent, mais le son n'eut pas lieu. Même phénomène de non vibration pour émettre un son, que dans l'observation précédente.

L'examen des poumons donna les signes d'une tuberculisation double très avancée. A peine huit jours furent-ils écoulés que la malade recouvra la voix, sans qu'un traitement spécial fut intervenu. Elle mourut deux mois après, avec les symptômes ordinaires de la phtisie, gardant sa voix intacte jusqu'au dernier jour.

Dans cette observation, il est certain que l'aphonie n'était point due à des ulcérations du larynx se rattachant à la phtisie. Son caractère d'intermittence, sa disparition sans traitement, pour ne plus reparaitre, l'établissent suffisamment.

(Extrait Thèse de Lagarde, 1865, page 24.)

OBSERVATION N° XXI

Aphonie chez une Phtisique

Mademoiselle X..., âgée de 22 ans, offrant tous les symptômes de la phtisie pulmonaire depuis vingt-huit mois, recoit les soins de M. le Dr Martin Damourette.

La maladie affecte une marche ordinaire : les signes stéthoscopiques ne révèlent pas encore l'existence de cavernes, mais on constate des crépitations caractéristiques au sommet des deux poumons. La malade a assez bon appétit, elle n'est pas alitée ; toux fréquente, expectoration

peu abondante, pas d'hémoptysie, la voix est normale, le pouls varie entre 85 et 95.

C'est dans ces conditions que survient en peu de jours une aphonie complète.

M. Martin-Damourette me confia l'examen laryngoscopique de la malade.

Je constatai l'intégrité complète de toutes les parties du larynx : les cordes vocales se rapprochaient normalement, mais le son n'eût pas lieu. Je conclus alors à la paralysie du moteur du laryngé supérieur. M. Martin-Damourette après avoir constaté comme moi et avec moi l'état du larynx, a continué de diriger le traitement de sa malade, qui, après huit jours recouvrait la voix. Elle ne la conserva pas longtemps parce que la mort l'enleva assez rapidement après cette guérison, mais elle la garda intacte jusqu'au dernier moment.

(Thèse Lafitte, page 27.)

OBSERVATION N° XXII

Aphonie nerveuse chez une phthisique

Mademoiselle Amélie A..., âgée de 28 ans, entre au service de M. Millard, à l'hôpital Saint-Antoine, avec une aphonie complète. Elle a eu des hémoptyxies violentes, il y a cinq mois, et a perdu la voix à la même époque. Elle tousse un peu mais ne crache pas. Elle a maigri pas mal ; le pouls au moment de l'examen est à 86. Les fonctions digestives sont assez bonnes, pas de sueurs nocturnes. Les forces ont sensiblement diminué. L'auscultation ne permet de constater aucun signe morbide. La percussion ne donne pas plus de résultats que l'examen stéthoscopique.

Dans l'hésitation d'un diagnostic définitif, M. Millard me fit l'honneur de me demander l'examen laryngoscopique de la malade.

Je constatai l'intégrité absolue des cordes vocales et de toutes les autres parties du larynx. La muqueuse était un peu décolorée. Les cordes vocales inférieures se rappro-

chaient presque complètement quand la malade essayait d'émettre un son, mais ce son n'était entendu qu'à l'état de souffle. La parole était complètement chuchotante.

Je proposai à M. Millard l'application du courant galvanique au devant du larynx, exactement dans l'instertice membraneux crico-thyroïdien.

A la seconde application du courant faite par l'interne du service, la malade fut guérie. Elle recouvra sa voix tout d'un coup et parla distinctement. La malade, pour me servir de son expression, était étonnée de s'entendre parler.

Le résultat se maintint, elle quitta l'hôpital dans d'excellentes conditions après quelques jours d'observation.

(Extrait Thèse de Lafitte, page 26.)

OBSERVATIONS N° XXIII

(Cabinet du D^r GAREL)

GUÉRISONS OBTENUES PAR LE PROCÉDÉ DE GAREL

Mlle X., 40 ans. Aphonie récidivante depuis quatre mois.
— Procédé Garel : résultat complet.

Mlle X. Aphonie récidivante depuis cinq mois. — Procédé Garel : guérison.

Mlle X., début depuis huit à dix jours. — Procédé Garel : guérison.

Mlle X., 23 ans. Aphonie depuis six semaines. — Procédé Garel : guérison.

Mlle X., Aphonie depuis cinq mois à la suite de la mort de sa mère. — Procédé Garel : guérison immédiate.

M. X., 20 ans. Aphonie depuis un mois. — Procédé Garel : retour immédiat de la voix.

M. X., 12 ans. Aphonie brusque après avoir bu de l'eau froide. — Procédé Garel : peu de succès immédiat, la voix revient le lendemain.

M. X., 50 ans. Aphone depuis trois mois. — Procédé Garel : guérison.

Mlle X., très neurasthénique. Aphone depuis deux mois et demi. — Procédé Garel : retour complet.

Mme X., 38 ans. Aphone depuis cinq mois. — Procédé de Garel : guérison avec l'aide de la faradisation.

M. X. Aphone depuis sept mois. — Procédé Garel : guérison avec l'aide de la faradisation.

M. X. Aphonie depuis huit mois. — Procédé Garel : guérison complète.

M. X., 19 ans. Aphone depuis six mois. — Procédé Garel : guérison.

Mlle X., 24 ans. Aphone depuis un an. — Procédé Garel : retour immédiat.

Sœur X. — Procédé Garel : guérison brusque.

Mlle X., 18 ans. Aphone depuis huit mois. — Procédé Garel : guérison.

M. X., 23 ans. Aphone depuis quatre mois. — Procédé de Garel : guérison, mais retour difficile à cause de la mauvaise volonté de la malade.

Mlle X. — Procédé Garel : succès immédiat.

Mlle X. Début depuis quatre mois. — Procédé Garel : retour immédiat.

Abbé X., 21 ans. Aphone depuis trois mois. — Procédé Garel : retour immédiat.

M. X., 50 ans. Début depuis trois semaines. Prend des aphonies depuis plus de vingt mois. — Procédé Garel : guérison.

Mlle X., 27 ans. Début depuis cinq jours. — Procédé Garel et faradisation : guérison.

Mlle X., 10 ans. Aphone depuis trois semaines. — Procédé Garel et faradisation : guérison.

Mlle X. Aphonie récidivante. — Procédé Garel et petit coup de faradisation.

Mlle X., 22 ans. Aphonie remontant à un mois ; l'a déjà

eue trois fois, mais guérie en deux jours. — Guérison complète en deux minutes avec procédé de Garel.

Mlle X. Aphonie ayant duré tout l'hiver 1887. — Procédé Garel : plein succès en cinq minutes.

Mme X. Aphonie consécutive à une nuit de malaise avec évanouissement. — Procédé de Garel : retour de la voix en moins de deux minutes.

Mme X. Disparition brusque de la voix il y a quatre semaines, après avoir chanté plus que de coutume. — Procédé Garel : retour subit de la voix.

Mme X., 21 ans. Aphone depuis un mois. — Retour complet de la voix par le procédé de Garel et faradisation.

Mlle X., 15 ans. Trois atteintes d'aphonie en un mois. — Procédé Garel : succès immédiat.

Mme X. Début brusque il y a trois mois. — Procédé de Garel et faradisation.

Mme X. Traitée antérieurement pour tumeur du larynx. Simple aphonie nerveuse avec paralysie bilatérale des adducteurs. — Procédé Garel : guérison.

M. X., 13 ans 1/2. Perte brusque de la voix depuis six mois. Parésie des conducteurs. — Procédé Garel : retour immédiat.

Mlle X., 14 ans. Aphonie consécutive à un bain de pied pris pendant les règles. — Procédé Garel : Guérison immédiate.

Mme X. Depuis 2 ans prend des aphonies de un à deux mois. Asthme des foin. — Procédé Garel, aidé d'un peu de faradisation : guérison.

Mlle X., 18 ans, a eu plusieurs aphonies antérieures. Aphonie actuelle consécutive à une application de glace pour une péritonite. — Procédé Garel : guérison. On renforce la voix avec faradisation.

Mlle X., 40 ans. Aphonie depuis dix-huit mois sans rémission. — Procédé Garel : retour immédiat.

Mlle X. Aphonie pour la cinquième fois depuis un mois. — Procédé Garel : guérison immédiate.

Sœur X., a perdu la voix depuis dix mois. — Procédé Garel : guérison subite.

Mlle X. Perte de la voix depuis vingt mois. — Procédé Garel : retour immédiat de voix, aidé par faradisation.

Sœur X., depuis huit ans perd la voix tous les quinze jours. Très impressionnable. Quand elle retrouve sa voix, elle la garde un mois. Suppression et retour brusque de la voix. — Traitement de Garel : retour immédiat de la voix. Récidive trois jours après. Refuse tout traitement.

Mlle X., 14 ans. Stigmates d'hystérie. — Procédé Garel : guérison. Récidive deux jours après. Nouvelle guérison. Nombreuses récurrences.

Mme X., 44 ans. Aphonies à rechutes. — Procédé Garel : guérison.

Aphonie depuis six mois, après un lavage dans l'eau froide. — Procédé Garel : guérison en quelques minutes.

Mme X. Aphonie récidivante. — Procédé Garel : guérison.

Mlle X., 24 ans. Aphonie à la suite de frayeur. — Procédé Garel : guérison en vingt-deux minutes. On renforce la voix avec un peu de faradisation externe.

Mme X. Perte de la voix depuis deux ans. — Procédé Garel : retour immédiat.

Mlle X., 28 ans. Aphone depuis un mois. C'est la quatrième aphonie. — Procédé Garel : guérison immédiate.

Mlle X., 12 ans. Aphone depuis deux mois. Cordes vocales blanches sans paralysie apparente. — Procédé de Garel : guérison.

Mlle X. Aphone depuis deux mois. — Procédé de Garel : guérison avec l'aide de la faradisation.

Mlle X., 27 ans. Aphone depuis deux mois. Début brusque. — Procédé Garel : succès complet et immédiat.

OBSERVATIONS N^o XXIV

(Cabinet du D^r GAREL)

Insuccès du procédé de Garel

Sœur X. Aphonie hystérique datant de trois mois. — Insuccès du procédé de Garel et faradisation intérieure.

Mme X. (1888). Aphonie depuis six mois, est allée à Cauteret sans résultat. — Procédé de Garel : succès incomplet après efforts très pénibles. La faradisation supprime momentanément tout l'effet obtenu.

Sœur X. Procédé de Garel : succès incomplet.

Mlle X. Aphonie incomplète depuis deux ans. — Procédé Garel : résultat incomplet.

Mlle X. Plusieurs aphonies. Aphonie actuelle depuis cinq mois. — Procédé Garel : résultat négatif. Retour de la voix par faradisation intense.

Mlle X. Aphonie depuis deux mois. — Procédé de Garel : peu de résultats.

Mme X. Aphonie depuis trois mois. — Procédé de Garel : négatif. Faradisation ramène voix.

Mlle X. Aphone depuis trois semaines à la suite d'une grippe. — Procédé Garel ; insuccès. Retour au premier coup de faradisation.

M. X., 49 ans. Aphonie depuis deux mois avec récurrence ; cordes normales. — Guérison par faradisation externe. Voix reste un peu rauque.

M. X. fondeur. — Faradisation ramène voix.

Mme X., 39 ans. Aphone depuis quatre mois. — Retour à la première séance de faradisation. Voix parfaite à la deuxième séance.

Abbé X., 37 ans. Aphone depuis 6 jours. — Guérison complète par faradisation.

OBSERVATIONS N° XXV

(Cabinet particulier du Docteur GAREL)

Guérisons obtenues par la simple introduction du miroir laryngé

Frère X., 31 ans. Aphonie depuis quatre semaines. — Reprend la voix par l'introduction du miroir.

M. X. Aphonie depuis vingt-cinq jours. — Retour immédiat de la voix par excitation au miroir.

M. X., 43 ans. Aphonie à rechute. — Guérison immédiate par simple introduction du miroir laryngé.

Mme X. Aphonie brusque fréquente. — Retour immédiat de la voix par introduction du miroir.

Mme X. Aphone depuis un mois. — Retour immédiat de la voix par introduction du miroir.

Sœur X., 24 ans. Aphone depuis quinze jours. — Retour immédiat de la voix par excitation du miroir.

Mlle X., 23 ans. Aphonie depuis six semaines. — Retour immédiat de la voix par excitation du miroir.

Mlle X., 13 ans. Aphone depuis trois semaines. — Retour immédiat de la voix par introduction du miroir.

Mme X. Aphone pour la deuxième fois. — Retour immédiat de la voix par introduction du miroir.

Mlle X., 27 ans. Aphone depuis quelques semaines. — Retour de la voix par introduction du miroir.



INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- AGUANNO Antonino. — A proposito di una pretesa guarigione miracolosa di mutismo isterico. Arch. ital. de laryng. anno XIV, 1894.
- ALLEN. — Loss of voice in public speakers Boston, méd. et S. J. 1839-220.
- ANDRAL. — Clinique médicale 1834. — Gaz. méd. de Paris 1039.
- ARNOLD. — Two cases of aphonia periódica. Tr. m. soc. Cal. San-Fran. 1887. 222.
- BARELLA. — Amputation de la deuxième phalange du médius droit. Mutisme survenu subitement. — Arch. méd. Belge, Brux. 1864. 256.
- BARTHOLIN. — Aphonolôgie seu de aphonica 1684.
- BÉLUER. — Note sur un cas de mutisme hystérique suivi de guérison. — Abeille méd. 1876. 89.
- BENNATI. — Etudes phys. et path. sur la voix humaine.
- BERCHEN. — Aphonie cessant périodiquement à l'époque des règles. Ann. soc. de méd. d'Anvers 1847. 57.
- BRANCHI L. et MASSEI F. — Sopra in caso di aphonia istero-traumatica. — Arch. ital. di laryng. Nopoli 1895. XV. 145.
- BIERBAUM. — Aphonie in folge. — Berlin 1866.
- BILHOCH (C.) — De aphonia. — Thèse Iéna 1702.

- BLACHE. — Dictionn. de médecine 1823. — Compendium de méd. prat. 1836.
- BLONDIAU. — Annales des maladies d'oreille. — Tôme II, p. 326, de Gougenheim-Lermoyez.
- BOOBERGER. — On aphonia 1815.
- BREBION. — Aphonie complète par lésion nasale. — Revue mensuelle de laryng. n° 2 1885.
- BURCHARDI. — Sixtens casum aphonicæ chronicæ cum epicrisi. — Thèse Argentorati 1773.
- BUSSARD. — Perte subite de la parole et de la vue au début d'une amygdalite phlegmoneuse. — Rec. de méd. mil-t. Paris 1876. 2^e s. XXXIII. 193.
- CHARCOT. — Clinique gaz. des hôpitaux 1886.
- CLEMENS (Th.) — Un cas d'aphonie hystérique guéri par l'application de l'électricité sur les branches musculaires de l'accessoire de Willis. — Ann. Gougenheim-Lermoyez 1891. 614.
- COLOMBAT, de l'Isère. — Maladies de la voix 1838.
- COMAUDRÉ. — Aphonie datant de deux ans, guérie par l'usage des eaux de Cauterets. — Lyon méd. 1875. XX.
- CORSON. — Treatment of voice from by borax and nitrate of potassium. — Méd.-Rec. New-York 1873. VIII. 6.
- CRAUSE. — De aphonia 1702.
- CROS. — Perte de deux facultés spéciales, celles d'articuler les mots et celle de chanter. — France méd. 1864. II. 58.
- CROUZILLAC. — Sur un cas d'aphonie réflexe d'origine nasale chez un hystérique. — Annales Gougenheim-Lermoyez 1897. 534.
- Les dégénérescences du cornet inférieur. — Thèse Toulouse 1897.
- CZERMAK. — Du laryngoscope. — Paris 1860.
- DELILOUX. — Traitement de l'aphonie par l'éther. — Bull-Chéráp. 1852. XIII. 885.

- DESPLATS. — Note sur le traitement des aphonies nerveuses par l'électricité. — J. des sc. méd. Lille 1882. 161.
- DESYERNINE. — De l'influence des tractions lingales sur certaines aphonies nerveuses. — Ann. des maladies de l'oreille. Gougenheim-Lermoyez 1893. 668.
- Dictionnaire de DECHAMBRE. — Article aphonie. — Larynx (Pathologie).
- Dictionnaire de JACCOUD. — Aphonie.
- Dictionnaire en 60 vol. 1812.
- DIDAY. — Note sur une forme peu connue d'aphonie syphilitique. — Gaz. méd. de Dyon 1860. XII. 35.
- DUCHEMIN, de Boulogne. — De l'électrisation localisée 1861.
- DUVAL. — Aphonie datant de huit mois. Guérison. — Journal des conn. méd. prat. Paris 1858. 337.
- EHRMANN. — Note sur l'aphonie consécutive à la ligature de l'artère carotique. — In-8 Paris 1866.
- EMMINGAAUS. — Wirkungen der galvanization am Kopfe bei aphonie nachgewiesen am bilde der empfindlichen flamme. — Arch. f. psychiatrie 1874. 558.
- FAUVEL. — Aphonie albuminurique. — Congrès méd. de France 1863. — 33.
- FINLAYSON. — Cliniclecture of the loss of speec Glasgow m. J. 1879. XII. 172.
- FLEURY. — De l'aphonie nerveuse à frigore. — Ann. soc. de méd. de Saint-Etienne 1881. VIII. 265.
- FLINT. — On fonctionnal aphonia : The pathological relations of chronic larynhitis. — Ann. méd. times New-York 1361. II. 75.
- FOIZ. — Un cas d'aphonie nerveuse chez une tuberculeuse. — Rev. Hebd. de laryng. 12 septembre 1893.
- FOLLENFANT. — De l'aphonie nerveuse. — Thèse de Paris 1878.
- FRITSCH. — Zur casuistik der aphonie spastica. — Berlin. Kl. Wok 1880. 214.

- GARREL. — De la gymnastique vocale dans le traitement de la voix eunuchoïde et de l'aphonie hystérique. — Province méd. 1886. 54.
- GAY. — Aphonie guérie par inhalation d'acide carbonique. — Gaz méd. de Lyon 1868. XX.
- GARRETSON. — Clinical notes on aphonia of thirteen months standings : Cure after fifty days of treatment. — Phila. méd. Times 1879. 348.
- GERHARDT. — Acuter galenkrheumatismus, damu sofort aphonie ; heilung durch faradisation. — Arch. f. path. anat. 1863. XXVIII. 296.
- GERNER. — Heilung ammoniacelische dampfe zeitsch f. der Ges méd. — Hambourg 1839. X. 255.
- GIBLE. — Case of sud den aphonia from cold. auto laryngoscopique. — Laucet-Loud. 1862. II. 589.
- Fonctionnal aphonia of the gears duration hereditary. — Traité path. soc. London 1864, p. 35.
- GOUDARD. — Aphonie hystérique. Guérison par une pulvérisation phéniquée appuyant la suggestion impérative à l'état de veille. — Ann. de psych., février 1895.
- GOUGENHEIM. — Aphonie nerveuse chez une tuberculeuse. Ecartement permanent des cordes vocales inférieures. Aphonie nerveuse chez une tuberculeuse. — Annales de Gougenheim-Lermoyez. 1883.
- GRANT. — Aphonie tonctionnelle avec phonation par les cordes vocales supérieures. — Résumé dans Ann. Gougenheim-Lermoyez. 1897, p. 317.
- GRIFFINI. — Aphonie hystérique avec conservation de la voix chantée. — New-York. Méd. Journ. 20 mai 1893.
- GROLLEMAND. — Aphonie datant de plus de six mois, rapidement guérie par l'applicatton de l'électricité d'induction. — Revue méd. de l'Est. 1875. 709.
- GROSSMAN. — Die diagnostisch bedeutung der aphonie. — Wiener méd. Presse. 1892. 374.
- HAMON. — Aphonie alcoolique. Gaz. des hôpit. Paris. 1860. 221.

- HERPIN. — Mutisme intermittent. Union méd. 1864. 292.
- HEYMANN. — Ein fall von phonatorischen Krampf der falschen stimmbander. — Wiener méd. Bl. 1878. I. 162.
- HITZ. — De l'aphonie, de l'enrouement chronique et de leur traitement par les moyens topiques. — Gaz. méd. de Strasbourg. 1842. 81.
- HOFFMANN. — Opera omnia. Genève. 1748.
- HUFELAND'S JOURNAL. — Cahier supp. 1825.
- JACCOUD. — Pathologie interne. 5^e édition. 1877.
- JOAL. — Aphonie d'origine alfective. — Soc. franç. de laryng. Mai 1896.
- JONES. — Cure de l'aphonie par les purgatifs. — Edimb. Journ. méd. 1809. 281.
- JONQUIÈRE. — Dritter beitrage zur kenntniss der aphonie spastica. — Monatschrift f. Or. Berlin. 1883. 121.
- KRAUSE. — Aphonia und dyspnœa (laryngo) spastica. — Berl. Kl. Wok. 1886. 557.
- LAFITTE. — Essai sur les aphonies nerveuses. — Paris. Thèse 1872.
- LAGARDE. — Thèse de Paris 1865. De l'aphonie nerveuse. — Gaz. méd. de Lyon. 1866.
- LAGNEAU. — Traité des maladies syphilitiques. 1827.
- LANDGRAF. — Ein fall von aphonia spastica. — Charité Annalen 1887. XII. 234.
- LENTE. — Relief of certain forms of aphonia by anæsthetic vapors. Ann. m. bimes. New-York. 1861. II. 224.
- LERMOYER et CROISIER. — Bull. et mémoire de la soc. de méd. des hôpitaux, n° 14. Avril 1892.
- LIÉGEOIS. — Plusieurs cas curieux d'aphonie. — Bull. méd. Vosges, Rambervillers 1887. 88. 44.
- LIEUVILLE et DEBORE. — Note sur un cas de mutisme hystérique suivi de guérison. — Progrès médical. 1876. 145.
- LUGANNO. — Sur le diagnostic et le traitement de l'aphonie hystérique. — Résumé dans Ann. Gougenheim-Lermoyez. 1896.

- LUSITANUS. — De méd, princip. hist. 1642.
- MACKENSIE. — Functional aphouia. — Méd. binies et Gaz. London. 1863. I. 184.
- On the treatement of fonctionnal aphonia of may years'standing by the dire et application of galvanism of the vocal cords. — Dublin M. Prem et Circ. 1866. I. 23.
- Faradisation and galvanisme in aphonia and weaæns of the voice — Practionner London 1869. II. 149.
- MANDELSTAMM. — Un cas d'aphonie histérique. Annales Gouhenheim-Lermcyez. 1895. II. 154.
- MANDL. — Gaz hôp. 1861.
- MARCHAL. — Aphonie matinale passagère d'origine nasale et pharyngée. — Gaz. méd. Picardie. Mai 1896.
- MARTEL. — Thèse de Paris 1877.
- MARTEL. — Contribution à l'étude de l'aphonie simulée. Ann. Goug. et Lerm. Juillet 1880 et 1882. 320.
- MÉLIER. — Rev. méd. 1842.
- MICHAEL. — Aphonía und dyspnea spastica. — Wienn. méd. Presse. 1885. 1288. 1317.
- MICHELSON. — Amsterdam. Nouvelle méthode de traitement de l'aphonie hystérique. — Ann. Goug. et Lerm. 1895. II. 65.
- MISCELL. — Nat. cur. An IV, obs. 67 ; an IX.
- MORS (Robert). — Un cas d'aphonie. — Erit. méd. journ. 21 mars 1896. Ann. Goug. et Lerm. 1896. II. 393.
- MOURA. — Bourouillon. Laryngotomie guérison. — Gaz. hôp., Paris. 1866. 534.
- MOURE. — Sur un cas d'aphonie simulée et un fait d'aphonie nerveuse chez les enfants. — Rev. mens. de laryng. 1885. 341.
- OLIVER. — Cases of aphonia from paralysis of intrinsic muscles of the larynx treatement by external manipulation of the organ and restoration of the voice in a single sitting. — Ann. méd. sc. 1870. 305.

- OLIVIER A. et BERGERON G. — Aponia Lancet. — London 1866. t. 171.
- OLIVIER, d'Angers. — Arch. de médecine. 1829.
- OLTENZISKI. — Cité in Ann. Goug. et Lerm. 1887. 391.
- ONODI. — Aponia spastica. — Pest. méd. Chir. Presse. Budapest. 1892. 737.
- OSANN. — Ueber aponia. Ch. Wurzburg, 1882.
- PALMER. — On fonctional aponia. — Lancet London, 1866. I. 171.
- PERMEWAN. — The nose-pharynx in relation to voice. Liverpool m. chir. J. 1896. 196.
- PETERS. — On the pathology and traitement, of. aponia. W. Virg. M. student. — Woeling, 1875. I. 1. 8.
- PEYRISSAC. — Aphonie nerveuse a frigore chez un enfant. — Ann. de la polyclin. de Bordeaux, 1889. 20.
- PHILIPPEAUX. — Cas d'aphonie guéri par l'excitation électrique du nerf laryngé inférieur. — Ann. soc. de méd. de Lyon, 1806. xiv. 233. — Nouvelle observation. — Bull. therap. 1856. II. 274. — Nouvelle observation. — Gazette méd. de Lyon, 1868. xx. 359.
- PIGEAX. — Aphonie, seul symptôme d'une affection cérébrale, parole recouvrée par l'éducation J, univ. de m. et chir. prat. — Paris, 1831. iv. 270.
- PORTER. — Aphonie. — St-Louis m. et S. J. 1876. — The aponia of phtisis St-Louis. Clin. Rec. 1878. V. 110.
- POYET. — Paralysies du larynx, 1277.
- RENNES. — Obs. d'aph. interne. — Arch de méd. 1829.
- REGNIER. — Cas d'apphonie suivie de mutisme guéri par une seule application de l'électricité. — Echo méd. Veuchatel, 1861. v. 544.
- RICHELOT. — De la cure thermale du Mont-Dore dans le traitement des affections chroniques du larynx et en particulier de l'aphonie. — Union méd. Paris, 1869. VII. 315-439.
- ROBINSON. — Application of. electriéty of the vocal cords. — Ann. méd. s.c. 1877. 123.

- ROCHOUX. — Rechoux. — Recherches sur l'apoplexie. — London. Méd. Gaz. 1834.
- SAUCEROTTE. — Note sur l'emploi de l'alun à l'intérieur dans certaines aphonies. — Bulletin therap. 1850. 38. 360.
- SAVILLE. — Aphonie hystérique chez une femme de 70 ans, guérison. Lancet, 18 août 1880.
- SCHECH. — Uber heiser Keit und stimmlasigkeit. — Arz. int. Blatt. 1876. xxiii. 381.
- SCHENCK. — De aphonia 1658.
- SCHIVARDI. — Aphonia completa guarita con uno sola applicaztone életttrica. — Gaz. méd. ital. lomb. Milrno 1867. 271.
- SCHMITZLER. — Aphonie fonctionnelle, son traitement par l'hypnotisme et la suggestion résumé par Ann. Goug. et Lerm. 1890. 304.
- SEMON. — A case of aphonia spastica. St-Thomas hôpit. rep. 1883. 121.
- SIMYAN. — Syphilis laryngée tertiaire 1877.
- SMELEDER. — Physiologische und. patholog. belrachtungen uelir heiserkeit und Himm losigkeit Welinbl. d. Jeütsch d. k Gesclsh des Azerte in Wien. 1862. xviii, 33. 45.
- SPAARK. — Du traitement de l'aphonie par l'électricité. — J. de Méd. chir. Bruxelles, 1877. 74.
- STOKES. — Maladies de la crosse de l'aorte. — Dublin, 1854.
- STRAIGHT. — A case of aphodica du to hypertrophie rhinitis. — Méd. record. New-York 1093. x. iv. 684.
- STUFFER. — De l'aphonie toxique. Thèse de Berlin. — 1897.
- PANQUEREL DES PLANCHES. — Traité des maladies du plomb. 1839.
- TARRANCE. — Complèta Aphonia of nearly five years ostanding cured by the repetad application of faradisation of the vocal cords. — Lancet. London.

- THAON DE WICE. — Ann. Goug. et Lermey. 1881. 30.
1881. I. 735.
- TRASHER. — Thre cases of aphonia. (Cincinnati) unes et
Deut. 1885. 86. 353.
- TILLEY HERBERT. — Cas d'aphonie fonctionnelle, veines
variqueuses de la base de la langue. — Ann. Goug. et
Lermoyez, 1896. 292.
- TISSOT. — Des paralysies laryngées, 1876.
- TOLLIUS. — Sistens casum bigam ad memoriam maxime
insignum. — Thèse de Haloc. — Magdelus 1846.
- TRAITÉS de Pathologie interne passim.
- TRAITÉS de Laryngoscopie passim.
- TROUSSEAU. — Clinique de l'Hôtel-Dieu.
De l'aphonie, ses causes, son traitement. — Gaz.
des hôpit. Paris, 1847. 588.
De la cautérisation du larynx dans certains cas
d'aphonie chronique. — J. des Com. m. chir. — Paris,
1832. I. 276.
- VALLEIX. — Guide du médecin praticien — 4^e édition,
1860.
- WATSON. — On aphonia, with illustration cases. —
Lancet. London. 1866. II. 6.
- WOILLEZ. — Union méd. 1855.
- ZIEGLER. — De aphonia periódica e vernibus orta. — S.
M. Basilca. 1724.
-

TABLE DES MATIÈRES

	Pages.
Dédicace	
Avant-Propos	1
Etiologie	5
Symptomatologie	20
Diagnostic	28
Pathogenie	37
Traitement	40
Conclusions	49
Partie documentaire	53
Bibliographie.	93

